

居宅介護サービス利用料助成申請書

(年 月 ~ 年 月分)

助成対象者	氏名		生年月日	
	被保険者番号			
	住所	〒 電話番号 - -		

内灘町長

上記の者に係る介護サービス利用料の助成を申請します。
また、助成の判定に必要な場合は、本人及び世帯員に係る収入の状況、資産の状況、市町村民税の課税の有無について調査することに同意します。

平成 年 月 日

申請者(※対象者) _____ 印

※対象者死亡の場合は相続人代表

居宅介護サービス利用料助成費を下記の口座に振り込んでください。

銀行 金庫・組合 農協	本店 支店 出張所	種別	口座番号			
金融機関コード	店舗コード	普通 当座 その他				
フリガナ						
口座名義人(※対象者)						

※対象者死亡の場合は相続人代表

※内灘町記入欄

介護保険料段階		介護保険料の滞納	有 ・ 無
高額医療介護合算確認	有 ・ 無	決定年月日	年 月 日