

和泊町在宅介護者支援金支給申請書

年 月 日

和泊町長 殿

和泊町在宅介護者支援金支給条例に基づき、以下のとおり申請いたします。

1. 申請者（受給者）

ふりがな				住所	大島郡 和泊町
氏名	印				
生年月日	年 月 日	要介護者 からの続柄		電話	

2. 要介護者

ふりがな				住所	大島郡 和泊町
氏名	(男・女)				
生年月日	年 月 日 ( 歳)				
介護認定	被保険者番号				
	介護度	要介護度 ( ) 認知自立度 ( ) 障害自立度 ( )			
	認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

3. 振込先口座

金融機関名	支店名	普通・当座	口座番号
フリガナ			
口座名義			

4. その他介護者（※受給者以外に介護者がいる場合、任意で御記入ください。）

ふりがな				住所	大島郡 和泊町
氏名	(男・女)				
生年月日	年 月 日	要介護者 からの続柄		電話	

※介護認定結果・調査票・意見書の閲覧に同意します。

要介護者氏名 \_\_\_\_\_ 印