

様式第1号

松田町介護用品支給事業助成申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 殿

申請者 住所 ⑩
氏名
電話番号 ()

松田町介護用品支給事業助成事業実施要領に基づき、介護用品の支給について、次のとおり申請します。

対象者住所			
対象者氏名		生年月日	M T S 年 月 日
電話番号		対象者の市町村 民税の課税状況	課税 ・ 非課税
対象者の要介護度	要介護4・5(○をつける)	認定期間	年 月 日～年 月 日
本人支払額	円		
支給助成額	円		
助成対象期間	今回申請の対象期間にひとつ印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 第1期 平成 年 4月～ 6月分(7月10日締切) <input type="checkbox"/> 第2期 平成 年 7月～ 9月分(10月10日締切) <input type="checkbox"/> 第3期 平成 年10月～12月分(1月10日締切) <input type="checkbox"/> 第4期 平成 年 1月～ 3月分(4月10日締切)		
介護状況	対象期間中の介護状況について該当するものに○をつけてください。 1 全日、在宅で介護していました。 2 入院しました。 入院年月日(年 月 日から 年 月 日) 入院先() 3 老人ホーム等に入所しました。 (介護老人保健施設・有料老人ホームなども含む) 入所年月日(年 月 日から 年 月 日) 施設名()		

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
	3 その他								
フリガナ									
口座名義人									

申請の際、介護用品の領収書(必ず購入者・購入日・購入品目・金額等明記すること)を添付してください。