

上里町介護保険利用者負担金助成受給資格認定申請書

フリガナ		保険者番号		1	1	3	8	5	2
被保険者氏名		被保険者番号							
		性別	男・女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住所	〒 電話番号								

要介護状態区分等 要支援 1 ・ 2 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

上里町長様

上記のとおり、介護保険利用者負担金助成の受給資格の認定を受けたいので申請します。
 また、受給資格の認定にあたり、住民税の賦課状況等を調査することについて同意します。
 なお、助成金については、下記の口座に振り込みをしてください。

平成 年 月 日

住所
 申請者 氏名

電話番号

指定振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	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								

上里町記入欄

審査欄		備 考