

鯖江市長 殿

〒

住 所

申請者 氏 名

続柄 ( )

電話番号

在宅介護サービス利用支援金支給申請書

次のとおり在宅介護サービス利用支援金の支給を申請するとともに、事業実施のため対象者世帯の課税状況および市税等の納付状況について調査することに同意します。

記

対 象 者	住 所							
	氏 名							
	生	年	月	日	年	月	日	
	介護保険被保険者証番号							
	要介護認定区分		要介護3・要介護4・要介護5					
	世帯の住民税課税状況		課税・非課税					
	世帯の市税等の滞納の有無		有・無					
	契約している指定居宅介護支援事業所							
	介護支援専門員氏名							
振 込 口 座	金融機関名				支店名			
	普通・当座	口座番号						
	口座名義人(カナ)							

- ※ 対象者名義の口座を指定してください。
- ※ 口座情報の確認のために通帳の写しを添付してください。

※市職員 記入欄

要介護認定区分	要介護3・要介護4・要介護5					
要介護認定期間	年 月 日～			年 月 日		
世帯の住民税課税状況	非課税・課税					
世帯の市税等の滞納の有無	有・無					