

別記様式第1号（第5条関係）

菊陽町家族介護用品購入費助成受給資格認定申請書

菊陽町長 様

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号

次のとおり、菊陽町家族介護用品購入費助成受給資格の認定を申請します。

対象 高齢者	フリガナ		介護保険被保険者番号	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
在宅 介護者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		

助成金振込指定口座

銀行・信用組合 農協・信用金庫	本店 支店 支所	1 普通 2 当座	口座番号	
口座名義人（カタカナ）				

町記入欄

交付年月日	状 況 確 認 欄	確認印
年 月 日	1 要支援認定・要介護認定 2 介護用品が必要と認められた者 3 在宅介護	