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 |  |