

西川町在宅サービス推進事業冬期サービス利用支援申請書

フリガナ			保険者番号										
被保険者氏名			被保険者番号										
生年月日	T・S 年 月 日 ()		性別	男 ・ 女									
住 所	〒 西川町大字												電話番号 ()
介 護 度													
申 請 月	令和5年 12月 ・ 令和6年 1月 ・ 2月 ・ 3月												
添 付 書 類	□居宅サービス利用状況が確認できるもの (利用実績等)												
冬 期 間 の 介 護 状 況	担当介護支援専門員名 _____ 印 _____												
(あて先) 西川町長 上記のとおり申請します。 令和6年 3月 日 住所 西川町大字 _____ 申請者 _____ _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 (_____) _____ 印 (_____)													

承 諾

在宅サービス推進冬期サービス利用支援補助金交付要件確認のため、私の世帯に係る町民税額を健康福祉課において閲覧することを承諾します。

申請者氏名 _____ 印 _____

※ 口座が本人名義でない場合は承諾書を添付してください。

口座振込依頼欄	銀行 農協	支店 支所	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 (本人又は家族)												

※ 町記入欄

確認事項	要介護認定	要支援・要介護	1	2	3	4	5	有効期間	年	月	日	~	年	月	日
	判定	適	却下 (理由 _____)												