様式第1号

舟橋村在宅要介護高齢者福祉金支給申請書

年　　月　　日

舟橋村長　　　　　殿

舟橋村在宅要介護高齢者福祉金支給要綱第５条に基づき、在宅要介護高齢者福祉金の支給を次のとおり申請します。なお、在宅要介護高齢者福祉金の支給決定にあたり、私が属する世帯員の所得その他の必要な事項について貴職が関連機関等に照会することに同意します。

１　申請者、申請代理人記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | | | 申請代理人（本人との続柄　　　　） | |
| 住所 | **〒**　　―  中新川郡舟橋村  電話（　　） | | 住所 | **〒**　　―  中新川郡舟橋村  電話（　　） |
|  | ㊞男女 | |  | ㊞男女 |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　　年　　月　　日　　（年齢　　　歳） | | |
| 要介護認定 | | .　 .　　～ .　 .  要介護（　）　認定日　　/ | | . . ～ . .  要介護（　）　認定日　　/ |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　　年　　月　　日　　（年齢　　　歳） | | |
| 口座振込希望金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　名義  農協　　　　　支店　　　口座番号　普・当 | | |

※在宅日数についてご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　村記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民税等課税の有無 | 本人 | 有・無 | 生計維持者 | 有・無 |
| 特別障害者手当等受給の有無 | 有・無 | | | |
| 入院・入所の有無 | 有・無 | | | |