

申請者名 (対象者)	
---------------	--

※下記に記入及び該当する項目にチェック(☑)してください

要件

下記の全てに該当しているかたが対象となります

- 65歳以上
- 要介護度 4・5
- 市民税が本人に課税されていない
- 医療入院、介護保険施設等及び介護保険以外の施設に入所をしていない
- 在宅で介護を受けている（1か月のうち10日以上）

介護者氏名 _____ 対象者との関係 _____

居住状況: 同居 同一敷地内に居住
別居(介護状況:毎日____回くらい、合計____時間程度介護に訪れている)

振込口座指定

※ 対象者の口座

カタカナで記入

口座名義

--

金融機関名を記入

--

○で囲む

銀行
信用金庫
農業協同組合

支店名を記入

--

○で囲む

店
支店

○で囲む

普通預金・当座預金

店番(3桁)

--	--	--

口座番号(7桁)

--	--	--	--	--	--	--

※希望のかたのみ

※布団丸洗い乾燥等・寝具貸与を申請するかたは配達・回収先の確認をします

(申請時、窓口にて住宅地図での確認)

※訪問理容サービス出張助成券を申請するかたは郵送先の確認をします

(申請書の「通知文書等の郵送先」の確認)

※ 事務処理欄

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 対象要件 | | | |
| <input type="checkbox"/> 課税状況 | (<input type="checkbox"/> 本人非課税 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯) | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況 | | | |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付状況 | 施設入所(無・入所中H . . . ~) R . . . | 請求分まで | |