

別記第1号様式(第5条・第7条関係)

利用者負担額助成資格者証交付・更新申請書

ふりがな					被保険者番号					
被保険者氏名										
生年月日		明・大・昭	年	月	日	性別		男・女		
住所		〒 勝浦市			電話番号					
利用者負担額助成申請理由		市民税非課税世帯								
世帯構成	世帯主	氏名	生年月日	性別	市民税課税の状況					
	世帯員									
利用サービス		<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		<input type="checkbox"/> 訪問看護				
		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護						
		<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護								
利用開始日		年		月	日					
※ 審査										
<p>勝浦市長 様</p> <p>上記のとおり訪問介護等の利用者負担助成に係る申請を関係書類を添えて申請します。 なお、所得基準判断のため、世帯員の市民税課税状況について調査することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 勝浦市 氏 名 印 電話番号</p>										

※助成費の振込先を記載してください。

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所	種目 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号						
	ふりがな									
口座名義人										

委任状

年 月 日

勝浦市長 様

住 所

委 任 者

氏 名

印

私は、下記の者を代理人と定め、利用者負担額助成費受領に関する一切の権限を委任いたします。

住 所

受 任 者

氏 名

印