

様式第1号(第6条関係)

介護保険サービス利用料助成金交付申請書

年 月 日

秩父市長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

介護保険サービス利用料助成金の交付を受けたいので、秩父市介護保険サービス利用料助成金交付要綱第6条の規定により申請します。なお、介護保険サービス利用料助成金の交付に係る審査のため、秩父市長が私の住民登録情報並びに私及び世帯の課税状況について関係課に確認することに同意します。

対象者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
サービス提供事業所名				
サービス利用期間		年 月 日から 年 月 日まで		
助成金振込先	金融機関名		支店名	
	(フリガナ) 口座名義			
	種 別	当座・普通	口座番号	

※介護保険サービス利用料の領収書その他その金額が確認できる書類を添付してください。

サービスの種類(利用したサービスの□内にレ印をつけてください。)

	訪問介護
	訪問入浴介護
	訪問看護
	訪問リハビリテーション
	居宅療養管理指導
	通所介護
	通所リハビリテーション
	福祉用具貸与
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	夜間対応型訪問介護
	地域密着型通所介護
	認知症対応型通所介護
	介護予防訪問入浴介護
	介護予防訪問看護
	介護予防訪問リハビリテーション
	介護予防居宅療養管理指導
	介護予防通所リハビリテーション
	介護予防福祉用具貸与
	介護予防認知症対応型通所介護
	第一号訪問事業
	第一号通所事業