

寝たきり高齢者等介護用品支給申請書

令和 年 月 日

網 走 市 長 様

介護用品の支給について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、申請にあたって、利用者の介護認定に関する書類等の閲覧及び網走市企画総務部税務課保有の資料により課税額等を調査・確認することに同意します。

申請者 及 び 利用者	フリガナ 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	網走市		電話 番号	—
申請額	令和 年 月分～ 令和 年 月分： 円（別紙明細書のとおり）				
振込先 (申請者名義)	金融機関名： 銀行・信金・信組・農協・漁協				
	支 店 名：本店（所）・ 支店（所）				
	口 座 番 号 (普通・当座)		口座名義人 氏名（カタカナ）：		
申 請 書 代理提出者	所属 氏名				

※申請者と口座名義人が違う場合は、同意書が必要です。

調 査 項 目					
要 介 護 度	被保番号（ ）	認定年月日	平成 年 月 日 令和	新 規 更 新	
	要介護度（ ）				
課 税 状 況	非課税 ・ 課 税（令和 年度課税額： 円）				
介護保険料 収納状況	収納済 ・ 未納有（ 年 期 ～ 年 期分： 円）				
支給決定額 及 び 減額理由等	令和 年 月分～ 令和 年 月分： 円				
	(申請額と支給決定額が異なる場合、その理由)				
			利用者 番 号		
※ 決裁欄					
部 長	課 長	係 長	主 査	係	上記調査の結果、支給を決定（却下）すること としてよろしいか伺います。 令和 年 月 日 担当者 印