

高齢者等移送サービス助成申請書

年 月 日

網 走 市 長 様

高齢者等移送サービス助成について、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を閲覧することに同意します。

申請者	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳)	
	住 所	網走市 (方書)		電話 番号	—
移送手段	車いす・ストレッチャー・その他 ()				
緊急連絡先	ふりがな 氏 名		利用者との関係		
			電話番号		—
申請額	年 月分～ 年 月分 円 (別紙のとおり)				
振込先 (申請者名義)	金融機関名 _____ 銀行・信金・信組・農協・漁協 _____ 本店 (所)・支店 (所) 口座番号 (普通・当座) _____ 口座名義人氏名 _____ ※口座名義人氏名が申請者と異なる場合は、同意書を添付。				
申請書 代理提出	所属 _____ 氏名 _____				

調 査 項 目				
要 介 護 度	被保番号 ()	認定年月日	年 月 日	新 規 更 新
	要介護度 ()			
助成決定額 及び 減額理由等	年 月分～ 年 月分 円			
	減額理由等			
			利用者 番 号	