

高齢者等移送サービス助成申請書

令和 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		男・女	生年月日	明・大・昭
		⑩			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	令和 年 月分 ~令和 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 _____ 口座名義人 (普通・当座) _____ 氏名 (カタナ) _____				
※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 代理提出者	所属 _____ 氏名				

※ 上記太枠内のみ記入してください。

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 ()				
助成決定額 及び 減額理由等	令和 年 月分 ~令和 年 月分 円				
	減額理由等				
					利用者 番 号

※ 決裁欄

部 長	課 長	係 長	主 査	係	上記の結果、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 ⑩