

様式第1号(第5条関係)

家族介護費助成金支給申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号



次のとおり、枝幸町家族介護費助成金を支給されたく、申請します。

要介護等	住 所						
	氏 名		年 月 日		歳		
	介護度	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
介護している家族	住 所						
	氏 名		年 月 日		歳		
	続 柄						
介護用品購入月	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日						
介護用品購入金額	年 月分	円	年 月分	円			
	年 月分	円	年 月分	円			
	年 月分	円	年 月分	円			
	年 月分	円	年 月分	円			
	年 月分	円	年 月分	円			
	年 月分	円	年 月分	円			
申 請 額	円		(※購入月毎の介護用品購入金額×0.9と月額上限額7,000円のいずれか低い方の額を合計した額)				
振込希望先金融機関名	金 融 機 関 名						
	口座番号		口座名義				
そ の 他	<input type="checkbox"/> この事業は、在宅が対象であり、入院や施設入所の場合は対象外であることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 領収書の写しを裏面に添付しました。						