

京丹波町家族介護支援助成金 交付申請書兼請求書
京丹波町介護用品購入費助成金

対象者氏名		生年月日	大正 昭和	年 月 日	保険者番号		2	6	4	0	7	7		
					被保険者番号									
要介護状態区分等	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日								
対象品目	紙おむつ・尿取りパッド・使い捨て手袋・清拭剤・ドライシャンプー・使い捨て防水シート													
対象者住所	〒 京丹波町 電話 — —													
介護用品			販売事業者名			購入金額			購 入 日					
						円			令和 年 月 日					
						円			令和 年 月 日					
						円			令和 年 月 日					
						円			令和 年 月 日					
						円			令和 年 月 日					
						円			令和 年 月 日					
京丹波町長 様 京丹波町家族介護支援助成事業 実施要綱第 4 条の規定に基づき、必要書類を添えて申請及び 京丹波町介護用品購入費助成事業 請求します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、町長が対象者及び対象者の属する世帯の世帯員の収入状況及び住民税課税状況の調査を行うことに同意します。 令和 年 月 日 住 所 _____ ※申請者 氏 名 _____ (印) 電話番号 _____ ※対象者と申請者が異なる場合 対象者名 _____ (印)														

【必要書類】 介護用品名を明記した領収書

京丹波町家族介護支援助成金 京丹波町介護用品購入費助成金 を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	種目	口 座 番 号						
	普通 当座									
	フリガナ 口座名義人									