

様式第1号（第4条関係）

白山市介護保険第2号被保険者在宅介護サービス利用料助成申請書

（ 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日	年	月	日生	性別 男・女
住所	〒			電話番号
自己負担額	円			
<p>（あて先）白山市長</p> <p>上記のとおり介護保険第2号被保険者在宅介護サービス利用料助成を申請します。 なお、当該事業に関する審査のため、私の市民税の課税状況の閲覧等の調査について貴職において実施されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 電話番号 氏名 (印)</p>				

※ 本申請書を1箇月につき1枚ずつ申請してください。

※ サービス利用票別表を添付してください。

白山市介護保険第2号被保険者在宅介護サービス利用料助成金を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼書	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
			1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
口座名義人		(フリガナ)		

※上記口座については、前回までに記入した口座を変更される場合のみ記入してください。

（委任状）

私は、上記口座名義人_____を代理人と定め、介護保険第2号被保険者在宅介護サービス利用料助成金受領の権限を委任します。（本人との続柄_____）

年 月 日

申請者署名_____