

恩納村高齢者福祉医療助成金資格認定申請書（記入例）

〇〇年〇〇月〇〇日

恩納村長 殿

(申請者)
住所：恩納村字恩納1234
氏名：恩納 花子
(対象者との続柄 子)
電話：090-1234-5678

恩納村高齢者福祉医療助成金を受けたいので申請します。

対象者	住所	恩納村字恩納1234		
	氏名	恩納 太郎	生年月日	(明・大・昭) 20年 1月 1日
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5	電話番号	090-1234-5678
対象者の 状況	日常生活動作（該当するものに○印をつけてください。）			
	区分	自力でできる	自力でなんとかできる 一部介助がいる	自力でできない 全て介助がいる
	食事			○
	入浴			○
	排泄			○
	衣服の着脱			○
	在宅サービスの 利用状況	デイサービス週○回、ショートステイ月○回		
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・農協・信用金庫 〇〇 支店		
	預金種目	普通・当座・その他		
	口座番号	1234567		
	フリガナ	オナ タロウ		
	口座名義人	恩納 太郎		
高齢者福祉医療助成金の支給に際し、要介護者に関する住民基本台帳、介護保険における要介護認定およびサービスの有無を確認することに同意します。				
署名： 恩納 太郎				

※添付書類として、預金通帳の写しを提出してください。

【窓口に来た人】申請者と異なる場合は記入してください。

氏名： 申請者との続柄： 電話番号：