

恩納村高齢者福祉医療助成金資格認定申請書

年 月 日

恩納村長 殿

(申請者)

住所：

氏名：

(対象者との続柄)

電話：

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		
	氏名		生年月日	(明・大・昭) 年 月 日
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5	電話番号	
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			
振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 支店		
	預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">署名：</p>				

※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：