

様式第1号(第3条関係)

島本町家族介護慰労事業受給申請書

年 月 日

島 本 町 長 殿

申請者 住所
氏名 (印)
(Tel ー)

島本町家族介護慰労事業実施要綱に基づき、次のとおり家族介護慰労金の受給について申請します。

記

要 援 護 者	氏名		生年 月日	年 月 日(歳)	
	住所				
家 族 状 況	氏 名	生 年 月 日		続柄	備 考
		年 月 日			主たる介護者
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
要援護者の要介護状態		要介護(4・5)			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

金 融 機 関 名	口 座 番 号		口座名義(フリガナ)
銀行・信用金庫・農協 支店	普通		()
	当座		

上記により口座振込みされるよう依頼します。この振込がなされた時、この事業に係る債権が支弁されたものとします。

申請者 (印)

同 意 書

(家族介護慰労事業)の申請に伴う決定に際し、下記の者に関する所得状況について、税務関係課の報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

住所 島本町 _____

氏名 _____ (印)

(※ 申請者の住所・氏名をお書きください)

記

(※ 本人(申請者)も含む世帯全員分をお書きください。)

	世帯構成員氏名	続柄	性別	生年月日	職業	押印欄
対象者の属する世帯			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)
			男・女			(印)