

様式第1 (第6条関係)

在宅ねたきり高齢者介護用品購入費助成事業登録申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人

北名古屋市社会福祉協議会長 様

申請者(対象者)

住所

氏名

電話番号

代筆者氏名

続柄

助成金の交付にあたり、次のとおり登録申請します。

対象者	性別	男・女	生年月日	大正 昭和	年	月	日	介護認定年月日	年	月	日
家族構成 (同居している 人を全員書いて ください)	氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄			
単身世帯 のみ記入	緊急連絡先	住所									
		氏名									
		電話番号			対象者との続柄						
	各種届出	<input type="checkbox"/> 対象者がします。 <input type="checkbox"/> その他 () がします。電話									

本サービスを利用するにあたって、社会福祉協議会が業務上必要な範囲において、北名古屋市を始めとする外部機関より関係資料を取得することに同意します。

対象者氏名

◎添付書類 ・対象者の介護保険被保険者証の写し

※事務局記入 これより下は記入しないでください。

支給基準年月 (初年度)	年 月 より カ月分	支給予定金額	円
-----------------	------------	--------	---