

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

高浜町長 殿

住所：  
 申請者 氏名：  
 TEL：  
 （要介護者との続柄： ）

高浜町家族介護支援金支給申請書

次のとおり家族介護支援金の支給を受けたいので申請します。  
 家族介護支援金の支給申請の決定のため、私及び要介護者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。

記

要 介 護 者	住所	高浜町				
	氏名		男・女	生年 月日	年	月 日
	身体等の状況	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当				
介 護 者	住所	高浜町				
	氏名		男・女	歳	続柄	
	介護内容					
振込先金融機関名		預金種別及び口座番号		預金口座名義人		
銀行・信用金庫 農協・信漁連		1 普通   2 当座		フリガナ		
支店				名義人		
これより下は記入しないでください。						
世帯の 課税状況	対象者世帯の 前年度市町村 民税額	課税者の氏名		課税区分	課税・非課税	
		円		担当者 確認欄		