

平成27年10月 1日

家族介護支援事業申請書

新上五島町長

様

新上五島町地域支援事業（家族介護支援事業）について、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな	しんかみ いつじ	被介護者との関係	夫		
	氏名	新上五次 [㊟]	住所	〒857-4404 新上五島町 青方郷 1585-1 (天神東 地区)	電 話	53-1111
	要介護度	要介護1・2・3・ 4 ・5	認定期間	平成27年10月 1日から 平成28年 9月 30日まで		
被介護者	ふりがな	しんかみ いつみ	性別	男・ 女	生年月日	昭和 2年 2月 2日
	氏名	新上五美	住所	〒 新上五島町 同上 (地区)	電 話	同上
	要介護度	要介護1・2・3・ 4 ・5	認定期間	平成27年10月 1日から 平成28年 9月 30日まで		

申請するサービスに○印を付してください。

1 介護用品購入費助成事業 (1) 被介護者の世帯の町民税課税 【 無 ・ 有 】 ※ 病院・介護保険施設等（グループホームを含む）に入院・入所中でないこと。				
2 家族介護慰労金支給事業 (1) 申請前12ヶ月の間に被介護者の入院した期間の有無 【 無 ・ 有 】 (2) 申請前12ヶ月の間に被介護者の利用した介護保険サービスの有無 【 無 ・ 有 】 有の場合 利用したサービス内容 _____ (3) 申請者名義の金融機関口座 <table border="1"><tr><td>金融機関名</td><td>支店名</td></tr><tr><td>口座番号</td><td>口座名義人(フリガナ)</td></tr></table>	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人(フリガナ)
金融機関名	支店名			
口座番号	口座名義人(フリガナ)			
裏面の同意書もご記入ください。				

平成 27 年 10 月 1 日

(あて先)新上五島町長

同 意 書

新上五島町地域支援事業(家族介護支援事業)の審査・決定にあたり、被介護者と同一世帯員全員の町民税の課税状況について、地方税法に基づく課税台帳等により確認することに同意します。

太線の中を記入してください。			※ 調 査 欄
被 介 護 者	住 所	新上五島町 青方郷 1585-1	
	氏 名	新 上 五 美 (印)	非課税 課 税(均等割・所得割)
世帯員氏名		新 上 五 次	非課税 課 税(均等割・所得割)
世帯員氏名		新 上 五 代	非課税 課 税(均等割・所得割)
世帯員氏名			非課税 課 税(均等割・所得割)

平成 年度分 課税台帳等により確認済 平成 年 月 日 所属 _____ 調査員氏名 (印)
