

様式第1号(第4条関係)

東海村家族介護用品購入費助成券給付(追加給付)申請書

受付番号		※	受付年月日	※ 令和 年 月 日
利用者	住所	東海村		電話 ()
	氏名	フリガナ		生年月日 年 月 日生
介護者	住所	東海村		利用者との続柄 () 電話 ()
	氏名	フリガナ		
利用者区分		1 要介護1・2認定者 (要介護1・2) 2 要介護3・4・5認定者 (要介護3・4・5)		
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 申請者 住所 氏名 東海村長 様				

(※欄は記入しないでください。)

※ 処 理 欄	給 付 追加交付 却 下	決 裁	課 長	課 長 補 佐	係 長	担 当