

様式第1号 (第5条関係)

被保険者番号

決 裁	課長	補佐	係長	係員	担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日
利用対象者の判定	下記のとおり決定してよろしいかお伺いします。 該 当・非該当 ()				年 月 日交付		
					交付番号	第 号	

在宅高齢者通院等支援サービス利用申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

〒 -

住 所 小千谷市

申請者 (町名)

氏 名

(電話 -)

小千谷市在宅高齢者通院等支援サービスを受けたいので、次のとおり申請します。

併せて、同サービスの給付対象要件確認のため、市民税課税状況について小千谷市長が調査することに同意します。

対 象 者 氏 名	本 人	生年月日	年 月 日 (満 歳)
住 所	同 上		
介 護 保 険 法 に 規 定 す る 要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 該当する□内にレ印を付けてください。		

* 右は記載しないでください。

介護保険証 確 認		市民税課税 確 認		行政区確認	
同年度申請		福 祉 タクシー		交付枚数	