様式第1号（第7条関係）

介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業支給申請書

年　　月　　日

庄内町長　　　　　　　　　宛

申請者　住所

氏名

電話

対象者との続柄

　庄内町介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 支  給  対  象  者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 市町村民税  課税状況 | 課税世帯　・　非課税世帯 | | |
| 状態 | 該当する番号に○を付けてください。  1　身体上又は精神上の障害のため、寝たきりの状態  2　重度の歩行機能障害のため、車椅子使用でなければ外出困難な状態 | | |
|  | | | | |
| 同意書  庄内町介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業の要件及び支給額を審査するため、私の世帯情報並びに私及び私の世帯員の税務資料並びに庄内町介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業実施要綱第3条第5号に規定するタクシー利用券及び同条第6号に規定する給付券の交付状況を閲覧することに、同意します。  年　　月　　日  支給対象者　住所  氏名 | | | | |