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

　　　令和　　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支給額を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料及び世帯情報を閲覧することに、同意します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所  氏名 | | | | |

介護保険市町村特別給付高齢者外出支援事業利用変更届出書

令和　　年　　月　　日

庄内町長　　　　　　　　　宛

届出者　住所

氏名

電話

対象者との続柄

　次の理由により変更がありましたので、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12条の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 事由 | 該当する番号に○を付けてください。  1　死亡し、又は町外に転出したとき。  2　町内で住所を変更したとき。  3　外出支援の利用の必要がなくなったとき。  4　医療機関に3箇月以上入院するとき。  5　介護保険施設に入所するとき。 | | | |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 | | | |