

(様式 1)

介護用品購入助成金交付申請書

対象者氏名		認定要介護度		
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生 (歳)		
	氏 名	続 柄 世帯主	職 業	備 考
世帯状況				

天 龍 村 長 殿

介護用品の購入助成金交付要件に該当しますので申請します。

平成 年 月 日

申請者 住 所 天龍村

氏 名

電話番号 ()

※助成金は次の金融機関への振込を希望します。

金融機関名	飯田信用金庫	支店
	みなみ信州農業協同組合	支店
口座名義人		
口 座 番 号	普・当	

村記入欄

介護用品購入助成金交付請求書

平成 年（2019年） 月 日

天 龍 村 長 永 嶺 誠 一 殿

住 所

氏 名 印

,

平成 年 月 日付で交付決定のあった助成金を下記のとおり
交付して下さい。

記

月分	購 入 額 (申 請 額)	金 円
	助成額 (購入額の9割) 限度額月6, 300円	金 円