

(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・平 年 月 日生 (歳)		
	氏 名	続 柄	職 業
世帯状況		世帯主	

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。

令和 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

令和 年 月 日

天龍村長 永嶺 誠一 殿

住 所

氏 名 印

令和 年 月 日付で交付決定のあった助成金を下記のとおり
交付してください。

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