

吉田町在宅支援生活品助成申請書

年 月 日

吉田町長 様

住所
 申請者 氏名
 電話
 対象者との続柄

在宅支援生活品の助成を受けたいので次のとおり申請します。

対象者	住 所	吉田町				
	氏 名			世帯主名		
	生年月日	年 月 日(歳)			電話	
	家族構成	1 高齢者ひとり世帯 2 身障者ひとり世帯 3 その他世帯() 合計 人(本人含)				
助成を希望する理由						
身体状況 介護状況 生活状況	(障害名)) (介護度)) (病名))		等級	手帳番号		
助成を希望する生活品	(入院・入所 年 月～)					
	型式等()					
	購入額	円	数量		購入日 年 月 日	

※ 助成を受けたい生活品の領収書等を添付してください。

助成の決定を受けた場合は、次の口座に振り込んでください。

振込希望先	銀行・金庫・組合 支店	当・普	口座番号 No	口座名義人
-------	----------------	-----	------------	-------

様式第1号(別葉)

対象者世帯の構成						(対象者も記入してください。)
氏名	性別	年齢	対象者との続柄	当該年度の住民税額	備考	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
計	人					
特記事項						