

様式第4号（第9条関係）

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 入間市長

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との続柄  
電話番号

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減事業実施要綱第9条の規定により、\_\_\_\_年\_\_\_\_月～\_\_\_\_年\_\_\_\_月分の利用者負担の軽減の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	介護保険の 被保険者番号	
交付申請額		円

交付金振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※振込先が対象者と異なる方（代理人）のときは下の代理人選任届が必要です

代 理 人 選 任 届	
私は、次の者を代理人と定め、上記事業交付金の受理に関する権限を委任します。	
住所	
<b>代理人</b>	
氏名	_____
住所	
<b>対象者</b>	
氏名	_____

代行居宅介護支援事業者	
-------------	--