高齢者外出支援利用料助成事業利用申請書

　　年　　月　　日

　　龍ケ崎市長　　殿

申請者　住所

氏名

続柄

電話番号

　　高齢者外出支援利用料の助成を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | 龍ケ崎市 | | 電話番号 |  |
| 氏名 | (男・女) | 生年月日 | 明・大・昭  年　　月　　日 | |
| 要介護状態区分等 | 要介護(1・2・3・4・5)　　・　　要支援 | | | |
| 認定の有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 利用している移送サービス団体名等 | 名称 | ユーアンドアイ | | | |
| 移送サービス1回当たりの最低利用料金 | ５００円 | | | |
| 備考 |  | | | | |

　注1　移送サービス実施団体等が発行した登録証の写し等を添付すること。

　※市記入欄(以下の欄については，記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 要介護状態区分等 | | | 要介護(1・2・3・4・5)・要支援・自立 | | |
| ② | 認定の有効期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | |
| 上記のとおり，対象者としての要件を満たしている(いない)ため，承認(却下)の決定をしてよろしいか。  年　　月　　日 | | | | | | |
| 課長 | | 課長補佐 | 係長 | | 係員 | 備考 |
|  | |  |  | |  |  |