

第1号様式（第3条、第5条、第6条関係）

在宅高齢者保健福祉推進事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

在宅高齢者保健福祉推進事業の利用（開始・変更・中止）を次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------|------------|-------------------------------|------|------|-----|
| 申請者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | 電話 ー | | | |
| 対象者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | 電話 ー | | | |
| | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| | 介護保険被保険者番号 | | | 要介護度 | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 前年所得税の課税状況 | | 1 生活保護受給中 2 非課税 3 課税有 (課税額 円) | | | |

| | |
|--------------|------|
| 事業名 | 申請理由 |
| 重度要介護者通院支援事業 | |
| | 特記事項 |

*前年所得税の課税額が確認できる源泉徴収票等を添付して下さい。

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 在宅高齢者保健福祉推進事業利用のために必要があるときは、沼津市が課税額を確認すること及び利用予定事業所等に私の所得階層の判定結果・住民情報等を通知することに同意します。 | |
| 年 月 日 | 氏名 印 |