

瀬戸市健康診断書料助成金交付申請書

(宛先) 瀬戸市長

(申請者) 〒

住所 _____

氏名 _____

電話：() -

対象者との続柄 ()

以下の内容のとおり、介護サービス等を利用するため作成した健康診断書の費用の助成を申請します。

- 健康診断書料助成金の交付を受けるにあたり必要があるときは、要介護状態区分及び生計同一者を含む住民税課税情報を提示または閲覧させることに同意します。
- 瀬戸市介護保険事業運営要綱第1号様式及び第65号様式にて被保険者証・介護認定給付関係書類の送付先変更を届け出ている場合においては、当事業の送付物についても同様に扱うことに同意します。

利用者	住所	瀬戸市									
	氏名								年 月 日生 (歳)		
		個人番号									
サービス等	種 別	施 設 名									
	裏面参照										
健康診断書	作成医療機関										
	作 成 日	年 月 日									
	費 用	円 (内文書料 円) 【助成予定額 円】									
助成金振込口座	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座						
				金融機関コード							
				店舗コード							
	口座番号										
				フリカ`ナ							
				口座名義人							

----- 以下記入不要 -----

添付書類

- 健康診断書の写し
- 健康診断書費用の領収書の写し

※原本に受付印を押印し返却

被保険者番号：	要介護度：
課税状況：[課税・非課税]	受付：
認定期間：	

第1号様式

利用介護サービス等	種 別	
	<input type="checkbox"/> 法第8条第7項 【通所介護】 <input type="checkbox"/> 同条第9項 【短期入所生活介護】 <input type="checkbox"/> 同条第17項 【地域密着型通所介護】 <input type="checkbox"/> 同条第18項 【認知症対応型通所介護】 <input type="checkbox"/> 同条第19項 【小規模多機能型居宅介護】 <input type="checkbox"/> 同条第20項 【認知症対応型共同生活介護】 <input type="checkbox"/> 同条第21項 【地域密着型特定施設入居者生活介護】	<input type="checkbox"/> 瀬戸市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第1号イ(ア) 【介護予防通所サービス】 <input type="checkbox"/> 瀬戸市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第1号イ(イ) 【生活支援通所サービス】
<input type="checkbox"/> 法第8条の2第7項 【介護予防短期入所生活介護】 <input type="checkbox"/> 同条第13項 【介護予防認知症対応型通所介護】 <input type="checkbox"/> 同条第14項 【介護予防小規模多機能型居宅介護】 <input type="checkbox"/> 同条第15項 【介護予防認知症対応型共同生活介護】	<input type="checkbox"/> 瀬戸市高齢者緊急一時保護等事業実施要綱 【緊急一時保護等】	

※該当する項目にレ点を記入。