

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

湯沢町 様

申請者 住所

氏名 _____ ⑩

湯沢町介護タクシー利用助成事業申請書

湯沢町介護タクシー利用助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

助成対象者	(ふりがな) 氏 名				男・女
	住 所	湯沢町			
	電話番号				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
介護の状況	・介護度の状況（ 介護度4 介護度5 ） ・その他の状況（ 寝たきり その他 ）				
添付書類	・請求額の根拠となる領収書 （利用年月日・利用区間・介護保険適用外であることが明記されたもの） ・介護保険被保険者証の写し （現在の要介護状態区分等が確認できるもの）				
利用内訳	回数	利用年月日	利用区間	利用区分	
	1	年 月 日	～	入院・退院・通院・デイサービス利用	
	2	日	～	入院・退院・通院・デイサービス利用	
	3	日	～	入院・退院・通院・デイサービス利用	
	4	日	～	入院・退院・通院・デイサービス利用	
備考					