

近江八幡市長 宛

申請者（主介護者） 住所.....  
 氏名.....（対象者との続柄.....）  
 電話.....

近江八幡市認知症高齢者位置情報提供サービス利用助成申請書

次のとおり、認知症高齢者位置情報提供サービス利用助成を申請します。

利用助成の可否を決定するために、世帯構成員全員の住民票、住民税課税台帳及び介護保険料収納台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。

年 月 日 対象者氏名 印（※）

（※）自署の場合は、押印不要

（注） 申請には、事業者と契約したことが分かる書類及び初期費用を納入されたことが分かる書類の写しを添付してください。

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名		要介護認定の結果	要介護 1・2・3・4・5	
	住所				
扶養状況	市町村民税の扶養控除で 1. 扶養親族となっている 2. 扶養親族となっていない （※1の場合は、次の扶養控除者欄に記入が必要です。）				
	扶養控除者	氏名		生年月日	年 月 日
		住所			
		扶養控除者が自署した場合は、押印は不要です。（課税状況の照会の同意を兼ねます。） 住所..... 氏名..... 印..... 対象者との関係.....			
契約をした事業者					
初期費用の支払額合計					

認知症高齢者位置情報提供サービス利用助成の助成金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	
預金の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ	.....		
口座名義人	.....		