

様式第4号（第9条関係）

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 入間市長

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号

入間市高齢者等支援事業利用者負担軽減事業実施要綱第9条の規定により、____年____月～____年____月分の利用者負担の軽減の交付を受けたいので、次のとおり申請し、及び請求します。

対 象 者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	介護保険の 被保険者番号	
交 付 申 請 額		円

交付金振込口座

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農 業 協 同 組 合 店		
	預 金 種 目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※振込先が対象者と異なる方（代理人）のときは下の代理人選任届が必要です

代 理 人 選 任 届	
私は、次の者を代理人と定め、上記事業交付金の受理に関する権限を委任します。	
代理人	住所 氏名
	住所 氏名
対象者	住所 氏名
	住所 氏名

代行居宅介護支援事業者