

三島市寝具類クリーニング費用助成券交付申請書

平成 年 月 日

三島市長 あて

〒411-

申請者 住 所 三島市

氏 名

電話番号

寝具類クリーニング費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 対象者

氏名		電話番号	
住所		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
要介護度	なし 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）		
その他 申請理由			

2 同居者

氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳

同意書

寝具類クリーニング費用助成券の交付を受けるにあたり、市県民税非課税を証明するため、課税台帳を市職員が閲覧することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印

担当ケアマネジャー

事業所名

氏名

※審査結果（市記入欄）

助成券番号	第 号
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1.2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居者あり <input type="checkbox"/> 同居者なし
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (課税者氏名) <input type="checkbox"/> 非課税世帯
審査結果	<input type="checkbox"/> 給付可 <input type="checkbox"/> 給付不可 <input type="checkbox"/> 給付回数 (1 回目 / 、 2 回目 /)
備考	