

年度  
佐那河内村高齢者等外出支援助成事業申請書

年 月 日

佐那河内村長 様

申請者 住所  
氏名 印

（代理人の場合は申請者との続柄）

代理人 住所  
氏名 印

申請者との続柄

佐那河内村高齢者等外出支援助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。  
なお、登録にあたり、村担当者が私の村税、国民健康保険税、介護保険料、後期高齢者医療保険料、水道料金、集落排水料金、公営住宅家賃の前々年度の納付状況及び住民基本台帳を調査することを承諾します。

利用者	ふりがな		性別	男	女
	氏名				
	生年月日	M T S H	年 月 日	電話番号	
区分	利用者区分				
	<input type="checkbox"/> 満65歳以上				
	<input type="checkbox"/> 要支援1以上 被保険者番号 ( )				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) 手帳番号 ( )				
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A1 ・ A2 ) 手帳番号 ( )				
	<input type="checkbox"/> 精神手帳 ( 級 ) 手帳番号 ( )				
<input type="checkbox"/> 難病 病名 ( )					

(以下は記入しないでください)

受付番号	特記事項	産 環	住 税