

様式第1号（規則第3条及び第10条関係）

重度要介護高齢者手当受給資格認定申請書（現況届）

年 月 日

（申請先） 新座市長

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号

手当の支給の認定を受けたいので、新座市重度要介護高齢者手当支給条例施行規則第3条及び第10条の規定に基づき、以下のとおり申請（届出）します。

フリガナ		生年月日	年 月 日	
対象者氏名		(年齢)	(歳)	
対象者住所	新座市			
介護保険被保険者番号		要介護度	4 ・ 5	
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所			
	病院・施設名 () 入院・入所日 年 月 日			
新座市重度心身障がい者福祉手当受給の有無		有 ・ 無		
金融機関情報	金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所		
	金融機関コード		支店コード	
	口座番号	普通		
	フリガナ			
	口座名義			

※ 添付書類

- 1 介護保険被保険者証の写し（介護保険者が新座市の場合は不要）
- 2 当該年度分の市民税非課税証明書（申請月が4月～12月→当該年の1月1日、1月～3月→前年の1月1日に、対象者と同一世帯の全ての方が新座市の住民である場合は不要）
- 3 委任状（対象者以外の御親族名義の金融機関口座への振込みを希望の場合）

※ 窓口に来た方 氏 名 続柄 ()
電 話 番 号

個人情報利用目的外利用同意書 (世帯確認用)

年 月 日

本同意書を提出した日から高齢者福祉サービス等を廃止するまでの期間、以下の者の住民基本台帳情報、所得情報、年金情報、市税等の課税並びに納税情報、介護保険情報、生活保護情報及び障がい者に係る情報に関して、関連部局に確認することに同意します。

同意者

※ 対象者及び対象者と同一世帯に属する全ての方

同意者住所及び氏名		続柄
対象者	住 所 新座市	本人
	氏 名	
対象者と同一世帯の方	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	

※ 確認した個人情報は、その目的の範囲を超えて利用することはありません。