

様式第1号（第5条関係）

新座市高齢者移送サービス費助成認定申請書

年 月 日

（申請先） 新座市長

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号

移送サービス費の助成の認定を受けたいので、新座市高齢者移送サービス費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

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	3 ・ 4 ・ 5
現在の様子	<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		
	現在の状態		
<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 座位が保てない <input type="checkbox"/> その他 ()			
※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 市民税課税証明書（申請月が4～9月→前年度分、10～3月→当該年度分）
 ※ 申請日の前年の1月1日（10～3月に申請する方は当該年の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）

※ 車椅子利用の方は、介護保険の「通院等のための乗降介助」を利用すること。

※ 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。