第１号様式（第４条関係）

知多市要介護高齢者福祉手当受給資格認定申請書

年　　月　　日

知　多　市　長　様

申請者（介護者）住　所

氏　名

知多市要介護高齢者福祉手当の受給資格の認定を申請します。

なお、資格認定に必要な課税関係書類の閲覧を知多市長に委任します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受給者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">知多市</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td colspan="4">氏　　名
電話番号</td></tr>
<tr><td>介護保険
被保険者番号</td><td colspan="4">被保険者番号
・要介護４　　・要介護５</td></tr>
<tr><td>要介護認定
有効期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給金融機関

※　受給者本人の口座としてください。</td><td colspan="4">銀　行　　本
農　協　　店
（　　）　　支</td></tr>
<tr><td>種別</td><td>１　普通　　２　当座</td><td>名義人</td><td></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

受給者 市民税課税状況	年度　　課　税　・　非課税		
認定番号		開始月	年　　月 から