

様式第1号

重度要介護高齢者福祉手当受給資格認定申請書

年 月 日

(あて先)川口市長

住 所

申 請 者 氏 名

(対象者) 生年月日 年 月 日

電話番号

住 所

代 理 人 氏 名

電話番号

申請者との続柄()

重度要介護高齢者福祉手当の受給資格の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

(添付が必要な関係書類)

- 介護保険証の写し
- 口座振替依頼書
- 介護保険料の決定通知書の写し

(ただし、4月から9月までの申請は前年度の決定通知書)

受付欄(長寿支援課)	認 定	認 定 番 号
	却 下	