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  （年齢） | | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 対象者氏名 | |  | | | |
| 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 | | □自宅　　□入院 □入所 | | | | | | | | | | |
| 病院・施設名 （ ）  入院・入所日 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 現在の状態 | | □寝たきり □座位が保てない □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。