平成29年度　歳末たすけあい見舞金助成申請書

平成29年　　月　　日

社会福祉法人長崎市社会福祉協議会

会　長　西﨑　武博　様

歳末たすけあい見舞金の助成について、下記のとおり申請いたします。

なお、歳末たすけあい見舞金は下記の口座にお振込みください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （介護者） | フリガナ |  | 対象者  との  続柄 |  | 申請者 |
| 氏　　名 |  | ㊞ |
| 住　　所 | 〒 | 自宅電話 |  | |
| 携帯電話 |  | |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年  　　　　　 月　　　日  （H29年8月1日現在　　歳） | |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 入院期間 | ※平成28年8月2日から平成29年8月1日までの期間において、  入院された期間がある方はご記入ください。  平成　 　年　 　月　 　日　～　平成　 　年　 　月　　 日  平成　 　年　 　月　 　日　～　平成　 　年　 　月　　 日  平成　 　年　 　月　 　日　～　平成　 　年　 　月　 　日 | | | |

※対象者名義の口座をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する番号に〇をつけてください。 | | １．今年度初めて申請する　（振込先もご記入ください）  ２．昨年度申請したが、振込先を変更する　（振込先もご記入ください）  ３．昨年度申請し、振込先の変更もない（振込先の記入は不要です） | | | | | | | | |
| 振込先 | フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |
| 銀行  金庫　　　　　　支店  組合　　　　　出張所 | | １．普通  ２．貯蓄  ３．当座 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

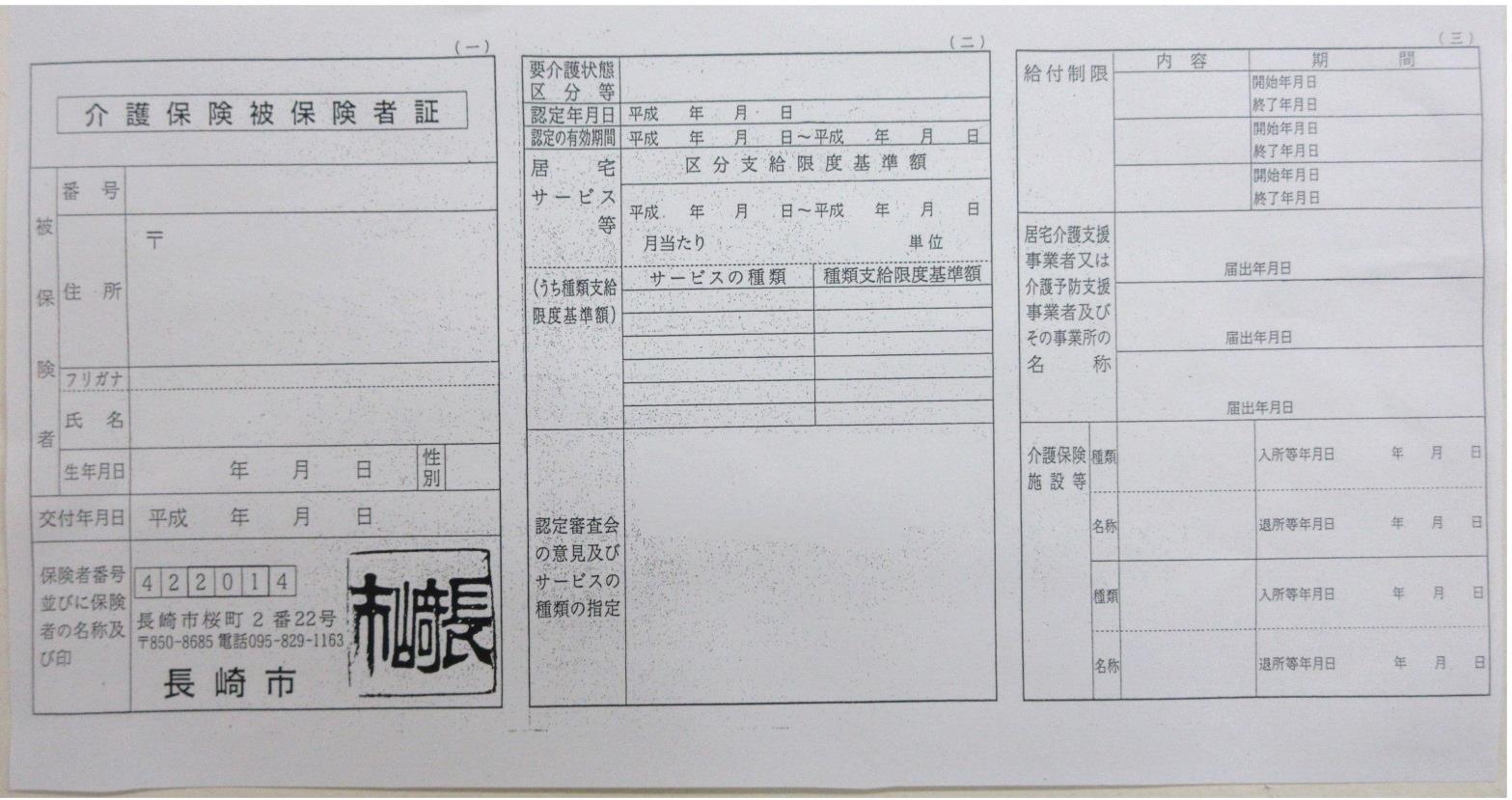
※裏面もご確認ください　⇒

|  |
| --- |
| のりしろ（預金通帳と介護保険被保険者証の写しを貼り付けてください） |

※介護保険被保険者証（緑色）の写しは必ず添付してください。

**２ページ目に記載されている認定の有効期間に、平成29年8月1日が含まれているか**

**必ずご確認ください。**

****

**見　本**

※今年度初めて申請される方、昨年度に申請をされた方で振込先に変更がある場合は、預金通帳の写しを必ず添付してください。

（金融機関名、支店名、口座名義、口座番号が確認できるページの写しを添付してください。）

昨年度に申請をされた方で、振込先に変更がない場合は、預金通帳の写しの添付は不要です。

※預金通帳と介護保険被保険者証の写しがない場合は、見舞金の助成ができない場合がありますのでご了承ください。