

三島市寝具類クリーニング費用助成券交付申請書

令和 年 月 日

三島市長 あて

〒411-

申請者 住 所 三島市

氏 名

電話番号

寝具類クリーニング費用助成券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 対象者

住所	三島市		
氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	年 齢	歳
電話番号			
要介護度	なし 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）		
その他 申請理由			

2 同居者

	氏名	生年月日	年齢
1		大正・昭和 年 月 日	
2		大正・昭和 年 月 日	
3		大正・昭和 年 月 日	

同意書

寝具類クリーニング費用助成券の交付を受けるにあたり、市県民税非課税を証明するため、課税台帳を市職員が閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印

担当ケアマネジャー

事業所名	氏名
------	----

※審査結果（市記入欄）

助成券番号	第 号
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1.2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居者あり <input type="checkbox"/> 同居者なし
課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (課税者氏名) <input type="checkbox"/> 非課税世帯
審査結果	<input type="checkbox"/> 給付可 <input type="checkbox"/> 給付不可 <input type="checkbox"/> 給付回数 (1回目 / 、2回目 /)
備考	