様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 川島町介護サービス低所得利用者利用料補助申請書  　　　年　　　月　　　日  川　島　町　長　　様  申請者　　　住　所　川島町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話  　下記により川島町介護サービス低所得利用者利用料の補助の交付を受けたいので申請します。なお、決定にあたり、私の世帯の課税状況を閲覧することに同意します。 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 川島町 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 電話 |  | | | | | | | | | |
| （ここから下は、申請者は記入しないでください） | | | | | | | | | | | | |
| 課 税 層 |  | | | | | | | | | | | |
| 補助率 |  | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | |