

魚沼市長 様

(申請者)氏名 ⑩

住所 魚沼市

電話番号 — —

(入居者)氏名・申請者との関係

生年月日 T・S 年 月 日

介護保険施設等入居者面会に係る交通費助成金交付申請書

魚沼市介護保険施設等入居者面会に係る交通費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この申請書に記載の事項は、事実と相違ありません。

記

1 助成金交付申請額 金 円

2 利用交通機関

・申請者住居地の最寄りIC名・駅名 等：

・入居施設の最寄りIC名・駅名 等：

(入居施設名： 入居施設所在地：)

3 利用日等

往路の利用日・利用交通機関		復路の利用日・利用交通期間	
1	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	
2	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	
3	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	
4	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	
5	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	
6	令和 年 月 日・	令和 年 月 日・	

4 添付書類

- ・面会証明書(様式第2号)
- ・助成対象となる交通手段の利用及び金額が確認できる書類
- ・要綱第3条各号に掲げる者であることが確認できる書類

5 振込先

金融機関名	銀行・農協・信組・金庫			支店
預金種別	普通・当座	口座番号		
(ふりがな)				
口座名義人				

注)口座名義人は、申請者本人としてください。