

様式第8号（第10条関係）

年 月 日

上野原市長 宛

住 所

氏 名

電話番号

上野原市介護保険料等負担軽減交付金申請書

上野原市助け合いボランティア・ポイント制度実施要綱第10条第2項の規定により、次のとおり上野原市介護保険料等負担軽減交付金を申請します。

介護保険被保険者番号	
累積評価ポイント	ポイント

振込先口座

金融機関名	銀行・農協 信金・信組 ()	本店・支店 本所・支所 ()
預金種目	普通（総合） ・ 当座 ・ その他 ()	
口座番号		
フリガナ		
口座名義	-----	

※口座名義は申請者と同一としてください。

この申請にあたって、介護保険料の未納・滞納の有無について調査することに同意します。