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。