

主任書記	書	記	主	任	給付決定 伺

老人看護助成金請求書

様式コード	会員区分	団体コード	会員証番号	会員氏名			所属団体名
互4600	1 一般			フリガナ			
	2 任継						
	5 公立			生年月日	年	月	
給付種別		※種別コード	※件数	請求金額		※決定額	
互助会給付	老人看護助成金	71	※1件	円		20,000円	
請求期間の初日		加入年月日		備考			
年	月	日	年	月	日		
以下の事項については、看護の状況等について記載してください。							
被看護人氏名		生年月日		1 男	会員との続柄 ※		
		年 月 日		2 女			
在宅療養の期間				傷病の名称			
年	月	日	年	月	日		
看護を必要とする理由							
看護者の氏名				会員との続柄			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>千葉県市町村職員互助会理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>請求者 氏名</p>							
互助会受付印		再受付印		上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職名 市町村等の長 氏名			

- ※印欄は記入しないでください。
- 看護を必要とする理由は、詳細に記入してください。