様式第１号（第５条関係）

介護認定者福祉車両運賃助成事業申請書

　　　　年　　　月　　　日

甲賀市長　　あて

　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

電話番号

甲賀市介護認定者福祉車両運賃助成事業実施要綱第５条の規定により福祉車両の運賃助成を受けたく、下記により申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏　　名 |  | 生年月日 | 大正・昭和年　　月　　日 |
| 住　　所 | 甲賀市 |
| 要介護度 | 要支援要介護 | 要介護度認定期間 |  年　　月　　日から　 年　　月　　日まで |
| 同意書　　このたび、介護認定者福祉車両運賃助成事業申請書を提出しましたが、対象者の受給要件について、甲賀市長寿福祉課が関係機関に照会することを同意します。　　　　　年　　　月　　　日対象者又は同一世帯の介護者　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　続柄( ) |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 要　件　確　認 | 可否 | 認定番号 |
|  | 介護認定 | 住民税 | 認定却下 |  |
| 要支援要介護 | 課税世帯非課税世帯 |

提出先　長寿福祉課高齢者支援係