

様式第1号（第4条関係）

介護用品購入費助成事業申請書（新規・更新）

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者（介護者又は対象者）

住所

氏名 ㊟

（続柄 ） 電話 — —

甲賀市介護用品購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、介護用品購入費助成券の交付を受けたく、下記により申請します。

なお、対象者の支給要件について、甲賀市が関係機関に照会することに同意します。

記

（フリガナ） 対象者氏名		性別	男 ・ 女
住 所	甲賀市	生年月日	年 月 日
要介護度		要介護 認定期間	年 月 日から 年 月 日まで
おむつが必要となった時期	年 月 日ごろ		
居宅介護支援事業所名又は担当ケアマネジャー氏名			
特別障害者手当受給の有無	有 ・ 無		
福祉手当受給の有無	有 ・ 無		
助成券引換希望箇所へ○印	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市民窓口センター（水口）</li> <li>・ 地域市民センター（土山・甲賀・甲南・信楽）</li> </ul>		

※市記入欄

受付年月日	要件確認		可否	助成番号
	介護認定要件 ( )	市民税要件 (対象者) ( )	認定 却下	