

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	フリガナ 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