

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（新規・更新・追加）

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

（申請の結果通知については申請者あてに送付します。  
別の送付先を希望される場合は下記にご記入ください。）

送付先住所

氏名

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<br>象<br>者  | フリカ`ナ<br>氏 名 |  | 生年<br>月日     | 大正・昭和<br>年 月 日     |  |
|  | 住 所          | 甲賀市                                    |              |                    |  |
|  | 在宅状況         | 在宅・入院中・施設入所中（老人保健施設・特別養護老人ホーム等）・その他（ ） |              |                    |  |
|  | 要介護度         | 要支援<br>要介護 _____                       | 要介護度<br>認定期間 | 年 月 日から<br>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、甲賀市高齢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 |
|-------|------------|------------|---------------|----------|------|
|       | 在宅         | 介護認定       | 住民税           | 認定<br>却下 |      |
|       | 在宅<br>在宅以外 | 要支援<br>要介護 | 課税世帯<br>非課税世帯 |          |      |