

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（対象者又は同一世帯の介護者）

住所 〒 -

甲賀市

氏名 ㊟

（続柄 ） 電話 -

（送付先）住所 〒

氏名 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	・ 市民窓口センター（水口）・ 長寿福祉課（水口社会福祉センター） ・ 地域市民センター（土山・甲賀・甲南第一・信楽）		

※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	

【記入例】

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

対象者又は対象者と同一世帯の介護者のお名前をご記入ください。
※送付先を別にする場合は、下にご記入ください。

申請者（対象者又は同一世帯の介護者）

住所 甲賀市水口町水口 5609

氏名 甲賀 太郎 印

（続柄 夫 ）電話 〇〇-△△△△

（送付先） 〒520-3308 甲賀市甲南町野田 810 番地

氏名 甲南 花子 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	コウカ ハナコ 甲 賀 花 子	性 別	男 ・ 女
住 所	甲賀市 水口町水口 5609 番地	生年月日	昭和3年3月3日
要介護度 対象：要介護1～5	要介護3	要介護 認定期間	例：平成28年 4月 1日から 平成29年 3月31日まで
おむつが必要となった時期	平成28年 1月 15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	△△介護支援事業所 〇〇 〇〇		
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〇印	・ 市民窓口センター（水口）・長寿福祉課（水口社会福祉センター） 〇印不要 センター（土山・甲賀・甲南第一・信楽）		

これらの手当を受給されている場合は、当事業の対象となりません。

※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	

提出先 長寿福祉課高齢者支援係