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**（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　　　－　　－

　　在宅寝たきり要介護高齢者等で常時紙おむつ等を必要とするため、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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ ）  対象者氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 甲賀市 | | | | |
| 要介護度 | 要介護 | | 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 | |  | | | |
| 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 | | | |

※市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 要件確認 | | | 認定調査票 | | 可否 | 助成番号 |
|  | 介護認定要件（ 要介護 ） | 市民税要件  （ 課 ・ 非 ） | 介護保険料滞納（ 有 ・ 無 ） | 排尿・排便  ( 介助・見守り等 ) | ｹｱﾏﾈ等確認  （　　　　 ） | 認定  却下 |  |