

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 甲賀市
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 象 者		電話番号	
住 所	甲賀市	生年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名		性 別	男 女
要介護度		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			
氏名			
㊟ 続柄()			

※市記入欄

受付年月日	要 件 確 認		可否	認定番号
	介護認定要件 ()	住民税要件 ()	認定 却下	