

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 ⑩

（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

(フリガナ) 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	