

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（介護者又は対象者）

住所

氏名 ㊟

（続柄 ） 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民窓口センター（水口） ・ 地域市民センター（土山・甲賀・甲南・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 | |