様式第1号(第6条関係)

　　　年　月　日

　身延町長　様

申請者　住所 身延町

（介護者）　電話 　　　―

氏名

（要介護者との続柄 　　　　　　　）

介護用品助成事業申請書

　次により、介護用品の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者 | 氏名 |  | | | 男・女 | M・T・S　　　年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | 身延町 | | | | 要介護度 | 要介護　３・４・５ | |
| 世帯状況 | 氏名 | | | 要介護者  との続柄 | 生　年　月　日 | | | 職業 |
|  | | |  | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | |  |
|  | | |  | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | |  |
|  | | |  | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | |  |
|  | | |  | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | |  |
|  | | |  | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | |  |
| 介護用品の種類 | | | 紙おむつ ・ 尿取りパッド ・ 使い捨て手袋 ・ 清拭剤 ・ 消臭剤  ドライシャンプー ・ 防水シーツ | | | | | |

　本申請にあたり、受給資格確認のため、助成条件にかかる世帯の課税状況、要介護認定及び住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

　　　年　　　月　　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　㊞