様式第1号(第6条関係)

介護用品助成事業申請書

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　　)

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 ・ 尿取パット ・ 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　　㊞