

様式第1号(第2条関係)

家族介護用品購入費助成申請書

湯梨浜町長 様

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり家族介護用品購入費助成を申請します。

記

フリガナ		被保険者番号	
要介護者名 氏名		要介護度	4・5
認定年月日			
住所	〒 ー 湯梨浜町大字 電話 ー		
助成を必要とする理由			
必要とする介護用品の種類	1 紙おむつ 5 ドライシャンプー 2 尿とりパット 6 使い捨て清拭タオル 3 介護用使い捨て手袋 7 その他() 4 清拭剤		

添付書類

住民税課税証明書(課税台帳で確認できる者を除く。)

同意書

湯梨浜町家族介護用品購入費助成事業の助成決定に必要なときに限り、申請者及び要介護者の世帯全員の課税台帳の閲覧をすることについて同意します。

(申請者)
氏名 _____

(要介護者)
氏名 _____

(世帯員)
氏名 _____

(世帯員)
氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____