

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 湯梨浜町久留19番地1
申請者氏名 湯梨浜 一郎
電話 35-5379

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	ユリハマ ハナコ	被保険者番号	000100000
要介護者名	湯梨浜 花子	要介護度	4・5
認定年月日	令和3年6月1日		
住所	〒682-0723 湯梨浜町大字久留19番地1 電話 35-5379		
助成を必要とする理由	(例) 在宅介護に紙おむつ等が必要となるため。		
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 湯梨浜 一郎

(要介護者)

氏名 湯梨浜 花子

(世帯員)

氏名 湯梨浜 太郎

(世帯員)

氏名

氏名

氏名

同意書の(世帯員)には、申請者と要介護者の両方の、世帯員全員の氏名をご記入ください。