様式第１号(第４条関係)

能美市介護用品購入助成申請書

　　年　　月　　日

能美市長　　宛て

申請者　住　所

氏　名

電話番号

対象者との関係　本人・配偶者・子・　(　　　　)

能美市介護用品購入助成事業について下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | (対象者)氏　　名 |  | 性別 | 男・女 |
| ２ | 住　　所 | 　能美市 |
| ３ | 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ 　年　　　月　　　日　　(　　　　歳) |
| ４ | 介護認定等 | 該当する区分に☑を付けて下さい。要介護度□要介護１ □要介護２ □要介護３ □要介護４ □要介護５重度障害者(児)体幹・下肢□身体障害者手帳１級　　　□身体障害者手帳２級 |
| ５ | 入院・入所・入居 | 該当する区分に☑を付けて下さい。□していない　□している(病院・施設名：　　　　　　　　　　　　) |
| ６ | 助成券の交付 | 希望欄に☑を付けて下さい。□　郵便書留　(自宅へ郵送します。)※申請日より、およそ1週間後を目安にして下さい。□　福祉課　(即日交付します。) |

※ただし、病院に入院又は以下の施設に入所・入居している方は対象外です。

・認知症高齢者グループホーム　・介護老人福祉施設　・介護老人保健施設

・介護療養型医療施設　・介護医療院　・特定施設入居者生活介護

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 受付担当者 |  | 整理番号 |  |