

## 介護用品支給(助成)申請書

令和 年 月 日

三 股 町 長 様

申請者 (対象者)

〒

住 所

氏 名

印

(要介護高齢者との関係: )

三股町介護用品支給(助成)事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、下記に係る介護用品の支給(助成)を受けたいので申請します。なお、申請に伴い住民税課税状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承認します。

対象者 (介護者)	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	要介護高齢者との続柄	
	住 所		電話番号	
要介護高齢者	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	要介護度	要介護4・要介護5 要介護4に相当するもの 要介護5に相当するもの
	住 所			
	施設等への入院・入所の有無	有(入院・入所先; ) : 無		

(ケアマネ:氏名 所属 )

### ※町記入欄

判定	決定・却下	要介護高齢者世帯住民税状況 [ 課税世帯 ・ 非課税世帯 ]基準日(6月1日) 令和 年 月 日課税台帳確認済 確認者
----	-------	---