

介護用品購入助成券交付申請書

御前崎市長 様

御前崎市介護用品購入費助成要綱第3条の規定に基づき、介護用品購入費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

介護用品購入費助成に係る審査のため、被介護者や世帯員について、市が、市民税課税資料、及び被介護者の介護認定関係資料の閲覧(確認)することに同意します。なお、介護用品購入助成券で介護用品以外の物を購入、施設入所や入院、要介護1～5以外の認定、市外へ転出後助成券使用の場合は、返還が生じることにについても併せて同意します。

申請者 主介護者	フリガナ		被介護者からみた続柄		
	氏 名				
	住 所	御前崎市			
	電話番号				
被介護者	フリガナ		生年月日 (年齢)	大正 昭和 年 月 日 (歳)	
	氏 名				
	住 所	御前崎市			
	電話番号		性別	男 ・ 女	
	介 護 度	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 更新中 区分変更中			
	心身の状態(該当の状況に☑をつけてください)	☐ 寝たきりのため、常におむつで排泄している ☐ 認知症のため、失禁状態で常におむつで排泄している ☐ 疾患のため、尿意・便意がなく失禁状態で常におむつで排泄している ☐ 常におむつが必要で、介護を受けてトイレや簡易便所で排泄している			

介護支援専門員の意見等 (該当の状況に☑をつけてください)	☐ 被介護者が、介護認定調査票において、排尿又は排便について一部介助以上に該当すると証明します。 ☐ 被介護者が現在は介護保険の区変・更新中で認定結果が出ていないが、排尿又は排便について一部介助以上に該当する状態であると証明します。 ☐ 被介護者が、介護認定調査段階では排尿又は排便について一部介助以上ではなかったが、現在は一部介助以上であると証明します。 年 月 日 事業所名 氏名
----------------------------------	---