

年 月 日

家族介護用品購入助成券交付申請書

(宛先) 安曇野市長

申請者 住所
氏名
電話
要介護者との続柄

以下のとおり 年度に係る家族介護用品購入助成券の交付を申請します。
なお、要介護者が市外転出、死亡、医療機関への入院又は施設入所等をし、本年度内に退所等の見込みがなくなった際は、速やかに市に届出を行い、未使用の助成券を返還します。

要 介 護 者	住 所			生 年 月 日		年 齢	
				年 月 日		歳	
	氏 名			要介護者の 申請日 現在の状況	在宅 入院 施設	入院・施設入所等期間 (月 日～ 月 日)	
	要介護 度	3・4・5	認定の 有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	手帳 情報等	身体障害者手帳の有無	下肢機能障害 1 級～2 級 ・ 体幹機能障害 1 級～3 級				
		療育手帳 A 1 の有無	有・無	特別障害者手当の支給	有 ・ 無		

申請に当たり、次の事項に同意します。

同意者	同意署名欄	同意内容
申請者		市が、申請者の住民基本台帳及び要介護者との関係を示す書類を照会することに同意します。
要介護者		市が、要介護者の住民基本台帳、介護保険認定、介護保険料等の情報、身体障害者・療育手帳、特別障害者手当の支給情報、医療機関への入院又は施設入所等に関する情報及び交付を受けようとする年度の助成券の交付状況を照会することに同意します。
	代筆者氏名：	