

		登録番号 No.	
多治見市寝たきり高齢者等介護用品購入助成申請書			
令和 年 月 日			
多治見市長 様 介護用品購入の助成を受けたいので、多治見市寝たきり高齢者等介護用品購入助成事業実施規則第5条の規定により申請します。 なお、必要に応じ世帯の所得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諾します。			
申請者	住所	〒 ー	
	氏名	(※) (※) 本人が自署しないときは、押印してください。	電話番号
高齢者	住所	〒 ー	
	氏名	フリガナ..... 生年月日	M T S 年 月 日
資格要件	1 寝たきり高齢者 2 認知症高齢者		
要介護区分	要支援 要介護 1 2 3 4 5		
紙おむつ使用開始時期	年 月 から現在まで使用しています。		
現在の状況	1 在宅 2 退院予定(月 日) 3 施設退所予定(月 日)		
紙 お む つ 使 用 証 明 書 上記の高齢者は、現在紙おむつを常時使用して、在宅で介護を受けていることを証明します。 令和 年 月 日 事業所名..... 介護支援専門員 氏名.....(※) 又は 民生委員 氏名.....(※) (※) 本人が自署しないときは、押印してください。			
備考			

☆ 裏面の世帯の状況欄も記入してください。

世帯の状況	氏 名	続 柄	※ 年度市民税 課税の有無

〈注意〉※印のある欄は記入しないでください。

※市確認欄

1 市民税	非課税世帯	課税世帯
2 総合意見欄	該当する。	該当しない。
3 助成開始年月 (該当する場合)	令和 年 月から	
	令和 年 月 日	
	確認者 氏名	㊞

介護用品購入券を受領しました。

受領日	受領印	取扱者印