

介護用品購入助成券交付申請書

小山町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

要介護者との続柄 \_\_\_\_\_

小山町家族介護用品購入費助成事業実施要綱第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、次のとおり申請します。なお、要介護者の属する世帯及び介護者家族の属する世帯について、町に納付すべき町税等の納付状況及び住民税かつ所得税額を調査することに同意します。

要介護者	氏 名				電 話			
	住 所							
	生 年 月 日	年	月	日	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
	心身の状況 (該当の状況に○を付けてください)	1 寝たきりのため、常におむつで排泄している。 2 認知症のため、失禁状態で常におむつで排泄している。 3 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。 4 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。 (要介護度 : 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5 )						
主たる介護者								
介護用品を必要とする意見等								
	事業所名 介護支援専門員等 確認者氏名							
介護用品購入助成券で介護用品以外の物を購入した場合には、返還が生じることに同意します。  <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印</p>								

町記入欄 (担当者 )

住民税課税所得額状況判定	住民税課税状況判定(要介護者)	住民税課税状況判定(家族等)
可 ・ 否	課税 ・ 非課税	課税・非課税
要介護認定調査票内容	助成額	備考
要介護2及び要介護3の要介護者については排尿又は排便の項目が介助又は見守りに該当・非該当	円	