

越前市在宅介護用品購入費助成申請書

越前市長 殿

越前市在宅介護用品費購入費助成要綱第6条の規定により、次のとおり在宅介護用品費の支援を申請します。

また、助成の実施に必要があるときは、公簿等で世帯情報及び税情報等の確認を行うこと及び排せつの状態を認定調査票又は介護支援相談員等に確認することに同意します。

申請日

			年			月			日
--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1. 申請者（介護者又は在宅要介護者）

(1) 氏名

(2) 住所

(3) 電話番号

(4) 在宅要介護者との続柄

2. おむつを使用している方（在宅要介護者）

(5) 氏名 (1) と同じ

(6) 住所

越前市	
-----	--

 (2) と同じ

(7) 生年月日

<input type="checkbox"/>	大正	<input type="checkbox"/>	昭和			年			月			日
--------------------------	----	--------------------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

(8) 介護保険被保険者証番号

0	0	0									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(9) 要介護度

<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---

(10) 施設入所予定（特定施設を含む）

<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり			月から入所予定
--------------------------	----	--------------------------	----	--	--	---------

(11) 短期入所利用（ショートステイ）

<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり			日（1か月あたり）
--------------------------	----	--------------------------	----	--	--	-----------

3. 助成券の使用に関する確認事項

- 以下の①～⑤に該当したときは、助成券を返却します。
- ① 医療機関に入院又は施設等に入所したとき
 - ② 短期入所生活介護（短期入所療養介護）を月の半数以上利用するとき
 - ③ 認知症共同生活介護や特定施設入居者生活介護を利用するとき
 - ④ 越前市の介護保険被保険者資格を喪失したとき
 - ⑤ 介護保険料を滞納したとき

私は、越前市在宅介護用品費助成券を受領しました。

年 月 日 受領者氏名 _____

市役所記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>	マイナンバー	<input type="checkbox"/>	ケアマネ職員証	<input type="checkbox"/>	その他（ ）		
課税状況	<input type="checkbox"/>	非課税	<input type="checkbox"/>	課税	保険料収納状況		<input type="checkbox"/>	滞納無し	<input type="checkbox"/>	分納中
認定日	年 月 日			認定有効期限		年 月 日				
排尿	<input type="checkbox"/>	介助されていない		<input type="checkbox"/>	見守り	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全部介助	
排便	<input type="checkbox"/>	介助されていない		<input type="checkbox"/>	見守り	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全部介助	
助成券番号					受付			確認		

越前市在宅介護用品費助成事業助成券委任状

越前市長 殿

年 月 日

代理人（窓口で受け取る人）

住 所 (事業者の場合は事業所住所)	
氏 名 (事業者の場合は事業所名)	
委任者との関係	

私は、上記の者を代理人と定め、越前市在宅介護用品費助成券を受領する権限を委任します。

委任者（介護者又は在宅要介護者）

住 所	
氏 名	① (自署するときは、押印不要です。)
生年月日	年 月 日生