第1号様式

　　年　　月　　日

御杖村長　　　　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

(対象者との続柄　　)

電話

介護用品購入費給付申請書

下記により介護用品の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者 | 住所 | |  | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | |
| 介護用品名 |  | 紙おむつ | | |  | 清拭剤 | | |
|  | 尿とりパット | | |  | ドライシャンプー | | |
|  | 使い捨て手袋 | | |  | | | |
| ※一人あたり月額6,500円を給付上限とする。 | | | | | | | | |
| 村民税の課税状況 | | | | 課税世帯　　　　　非課税世帯 | | | | |
| 要介護認定相当等判定結果内容 | | | |  | | | | |

同意書

介護用品給付事業の資格要件の決定のために必要がある時は、私及び世帯全員の村民税の課税状況について、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

住所

氏名　　　　　　　　　　印

第1号様式（別紙）

介護用品購入計画書

御杖村長　　　　殿

申請者　　氏名　　　　　　　　　　印

下記計画のとおり介護用品を購入します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入物品 | 紙おむつ・尿とりパット・使い捨て手袋・清拭剤・ドライシャンプー | | | | | | | | | | | |
| １日の使用量 |  | | | | | | | | | | | |
| １月の必要数量 |  | | | | | | | | | | | |
| 購入予定月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | １月 | ２月 | ３月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |