

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、助成の実施に必要なときは、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 6 年 4 月 3 日

1. 申請者（介護者又は在宅要介護者）

※窓口で申請する介護をしている家族、またはおむつを使用している方の氏名 ※ケアマネジャーは申請者にはなれません。

(1) 氏名 福井 花子
(2) 住所 〇〇市××町1-1
(3) 電話番号 22-3784
(4) 在宅要介護者との続柄 長女

2. おむつを使用している方（在宅要介護者）

(5) 氏名 越前 太郎
(6) 住所 越前市 △△町2-1
(7) 生年月日 昭和 1 年 1 月 1 日
(8) 介護保険被保険者証番号 0001010101
(9) 要介護度 3
(10) 施設入所予定(特定施設を含む) なし
(11) 短期入所利用(ショートステイ) なし

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

※必ずチェックしてください。

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

Table with 7 columns and 7 rows for administrative processing, including fields for applicant confirmation, tax status, recognition date, and support status.

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

委任状を書いた日

年 月 日

代理人（窓口で受け取る人）

住 所 <u>（事業者の場合は事業所住所）</u>	越前市××町1-1
氏 名 <u>（事業者の場合は事業所名）</u>	★★介護支援事業所 ※ケアマネジャーの氏名の場合、 窓口に来た本人のみ受取可能です。
委任者との関係	担当ケアマネジャー

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）紙おむつや尿取りパッドを使っている本人

住 所	越前市△△町2-1
氏 名	越前 太郎 ⑩ (自署するときは、押印不要です。)
生年月日	昭和3年 1月 1日生