

松田町介護用品支給助成金交付申請書

年 月 日

松田町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

松田町介護用品支給助成事業実施要綱に基づき、介護用品の助成金交付について、次のとおり申請します。

フリガナ	
対象者氏名	
対象者住所	〒 松田町
生年月日	年 月 日 電話番号
対象者の要介護度	要介護 4 ・ 5 (○をつける)
認定期間	年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日
助成対象期間	今回申請の対象期間に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 第1期 年 4月～ 7月分 (8月10日締切) <input type="checkbox"/> 第2期 年 8月～11月分 (12月10日締切) <input type="checkbox"/> 第3期 年12月～ 3月分 (3月31日締切)
介護状況	対象期間中の介護状況について該当するものに○をつけてください。 1 全日、在宅で介護していました。 2 入院しました。 ・入院年月日 (年 月 日から 年 月 日) 入院先 () ・入院年月日 (年 月 日から 年 月 日) 入院先 () ・入院年月日 (年 月 日から 年 月 日) 入院先 () 3 老人ホーム等に入所しました。 (介護老人保健施設・有料老人ホームなども含む) 入所年月日 (年 月 日から 年 月 日) 施設名 ()

[申請の際、介護用品の領収書(必ず購入者・購入日・購入品目・金額等明記)を添付してください。]

*助成金の申請にあたり、対象者の町税等の納付状況(滞納の有無)について確認することを同意します。