様式第１号（第４条関係）

令和６年

介護用品宅配事業申請書

　　年　　月　　日

　社会福祉法人大子町社会福祉協議会長　様

　介護用品支給等の助成を受けたいので、大子町社会福祉協議会介護用品事業実施要綱第４条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 大子町大字 | 電　話番　号 |  |
| フリガナ | 　　　　　　 | 対象者との続柄 |  |
| 氏名 | 　　　　　 　　印 |
| 対象者（利用者） | 住所 | ※申請者と同じ場合は省略可大子町大字 |
| フリガナ | 　　　　　　 | 電話番号 | ※申請者と同じ場合は省略可 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 |  | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 身体の状況 | □□□□ | 介護認定（要支援　２ 　 要介護　１・２・３・４・※５　）身体障害者手帳（※身体障害者等級１級・その他　　　　 　　）　精神障害者保健福祉手帳 □※療育手帳（※マルＡ・その他　 　）※障害者支援区分６□※指定難病（/　　　　 　） |

添付書類　　手帳等写し

上記申請に偽り及び不適切な使用等が認められた場合は、返還を求める場合があります。

同　意：

【社会福祉協議会記入欄】

事務局長専決により，決定（却下）してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 決定却下 | 上限額 | 6,000円／月8,000円／月 | 決裁欄 | 事務局長 | 事務局次長 | 受付担当者 |
|  |  |  |
| 決定(却下)年月日 | 　　 　　年　　　月　　　日 | 整理番号 |  |