様式第２号（第４条関係）

介護用品購入費助成事業申請書

　　　　年　　月　　日

　社会福祉法人大子町社会福祉協議会長　様

　介護用品の購入費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２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 | | | | | | | |
| 口座  情報 | 金融機関名 | |  | | | 銀行・信組  農協・労金 | | |  | | | 支店 | | | | |
| 預金種目 | | 普通  当座 | 口座番号 | | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 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（/　　　　 　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　・介護用品の購入に係る領収書　　・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 | 決裁欄 | 事務局長 | 事務局次長 | 受付担当者 |
|  |  |  |
| 決定額 | 円 | | | | |
| 決定(却下）年　月　日 | 年　 　月　 　日 | 整理番号 |  | | |