飯山市在宅福祉利用券給付申請書

　令和　　　年　　　月　　　日

　飯山市長　あて

申請者　住　所　〒

飯山市

氏　名　　　　　　  　　㊞

（本人との関係：　　　　　　 　 ）

（電話番号　 　　 －　　 　 　　）

**ケアマネ居宅名　　　　　　　　ケアマネ名前**

飯山市在宅福祉利用券給付事業実施要綱の規定により下記のとおり申請します。

また、支給要件決定のために必要な対象者及び同居世帯全員の市民税課税状況に

ついて、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治 大正　　　　年　　　　月　　　　日生昭和 　　 　　　（　　　歳）平成 |
| 対象者氏名 |  |
| 給付券区分（希望に○） | 要介護度等（該当に○） | 世帯の状況（該当に○） |
| **紙おむつ券** |  | ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | 市民税非課税世帯 |  |
| **訪問理美容券** |  | ３ ・ ４ ・ ５ | 一人暮らし高齢者 |  |
| 高齢者世帯 |  |
| **寝具ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ券** |  | 上記に準じる世帯（　　　　　　　　　） |  |

 ※以下の欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記の申請について、次のとおり決定してよろしいですか。交付する　・　交付しない | 係 | 係　長 | 課長補佐 | 課　長 |
|  |  |  |  |
| 利用券区分 | 介護度 | 世帯の状況 | 番号 | 起案 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 紙おむつ | 3,600円 | ２・３ | 市　非市　課 |  |
| 6,200円 | ４・５ |  | 決裁 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 訪問理美容 | ３・４・５ | 独　居高齢者世帯その他 |  |
| 施行 | 令和 　　年 　　月 　　日 |
| 寝具ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ |  |

介護保険被保険者番号