

小松市家族介護用品助成券支給事業
小松市訪問理美容サービス事業 申請書
小松市寝具乾燥消毒サービス事業
(あて先) 小松市長



(申請者) 郵便番号 〒 -
住 所
氏 名
電話番号
利用者との関係 本人・配偶者・子・()

申請者以外の 代行申請の場合	(居宅名など) : _____ の	申請者 : _____
	(氏名) : _____ に代行を依頼します。	

窓口に来られた方の確認	マイナンバーカード・免許証・保険証・その他 ()
-------------	---------------------------

次のとおり下記のサービスが必要な為、申請します。
私は、下記のサービスの申請に際して、市が私の介護保険等の情報を閲覧することに同意します。
なお、サービスの対象外となった場合は、助成券等を返却します。
次期申請の連絡、助成券の送付先は介護保険関係書類送付先届で登録された住所とします。

利 用 者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	電話番号	
	住 所	小松市		
	現 況	在 宅 ・ 施設入所 () ・ 入 院		
利用を希望するサービスに○印をつけて下さい。				

1	家族介護用品助成券支給 ()	1 期【No. _____】	2 期【No. _____】
2	訪問理美容サービス ()	券番号【No. _____】	
3	寝具乾燥消毒サービス ()	券番号【No. _____】	

***市記入欄 (以下は記入不要です) ***

要介護度	3・4・5	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
種 類	☐ 1号 (65歳以上)	☐ 2号 (40~64歳)		
本人の住民税	☐ 非課税	☐ 課 税		
住まい	☐ 在宅	☐ グループホーム ☐ 有料老人ホーム	☐ 介護保険施設 ☐ 入院	
送付先確認				

決定区分	家族介護用品助成券支給	☐ 任意事業対象者	☐ 保険福祉事業対象者	☐ 非該当
	訪問理美容サービス	☐ 交付を認める	☐ 交付を認めない	
	寝具乾燥消毒サービス	☐ 交付を認める	☐ 交付を認めない	

決裁欄	課 長	課 員	担 当	受 付	入 力	