

ねたきり高齢者等おむつ等支給事業

## 利用申請書

ねたきり高齢者等訪問理美容サービス利用料金助成事業

令和 年 月 日

碧南市長 殿

下記のとおり申請します。なお、この申請の審査にあたり、申請者の介護認定、障害認定に関する情報及び申請者の属する世帯全員の所得に関する情報を閲覧することに同意します。

申請者 (対象者)	住所	〒		
	フリガナ		電話	
	氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
	介護認定	要支援 ・ 要介護 ( )	障害認定	有 ( 級) ・ 無
	生活状況	1 在宅で生活する日数が1ヶ月で10日以上ありますか。 ( はい ・ いいえ ) 2 おむつを使用していますか。 ( はい ・ いいえ ) 3 理容所及び美容所へひとりで行くことができない状態ですか。 ( はい ・ いいえ )		
更新案内等 受取方法	1 本人受取 2 代理人受取 ※送付先を記入して下さい。 (送付先) <input type="checkbox"/> 本人と同住所 〒 住所：  氏名：			

代筆者 住所 (  申請者と同じ )

氏名

電話 (  申請者と同じ )

( 申請者との続柄 )

( 代筆理由 )

給付券・ 助成券受領欄	給付券・利用券受領書 ( 給付券・利用券を受領した場合のみ記入して下さい ) <input type="checkbox"/> おむつ等支給事業給付券を受領しました。 ( 円券 × 枚 = 円分 令和 年 月分から令和 年 月分として )
	<input type="checkbox"/> 訪問理美容サービス利用料金助成券を受領しました。 ( 無料券、 枚、令和 年 月から令和 年 月分として ) 令和 年 月 日 碧南市長殿 受領者氏名 ( 申請者との続柄 )

委任状

(別世帯の方が申請、給付券・利用券の受領をする場合、提出が必要です。)

令和 年 月 日

受任者

(手続きを行う者)

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

私は上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・ 委任事項： ねたきり高齢者等おむつ等支給事業利用申請及び給付券受領手続き
- ねたきり高齢者等訪問理美容サービス利用料金助成事業利用申請及び利用券受領手続き

委任者

(事業の対象者)

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

生年月日： 大正・昭和 年 月 日

電話番号： \_\_\_\_\_

※市処理欄	宛名番号		ねたきり手当	該 当 ・ 非該当
	自立度	/	認定期間	H・R . . . ~ R . . .
	課税状況	課税 ・ 非課税	給付額	3,000 円 ・ 6,000 円
	手帳区分	下 ・ 体 ・ 視 ※ 手帳の写しの添付 (有・無)		
	おむつ券 発行番号		理美容券 発行番号	
本人確認 書類	1 点 (ア)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	2 点 (イ)	<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	2 点 (ウ)	<input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※ 顔写真のある公共団体が発行した証明書は1枚(ア)、顔写真のないものは(イ)から2枚、もしくは(イ)・(ウ)から1枚ずつ確認する。顔写真のない証明書が1枚しかない場合は、本人のみが知りうる事項の聴き取りによる本人確認を合わせて行う。