様式第1号（第５条関係）

倉吉市家族介護用品購入費助成申請書

令和　　　年　 月 　 日

　（あて先）

 倉吉市長

 住　　所

 申請者 氏　　名

　　　　電話番号

　次のとおり家族介護用品購入費の助成を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  １　要介護者 | 住　　　　　所 |  |
| 氏　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | Ｔ・Ｓ　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申請者との続柄 |  |
|  ２　助成を必要とする理由 |  |
|  ３　必要とする介護用品の種類 |  |

同　　意　　書

　この度の家族介護用品購入費助成事業の申請に係る私の世帯の所得または課税状況につき、貴市が税務課で調査することに同意します。

　　令和　　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　住　　所　　倉吉市

 　　　　　　　氏　　名