様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

宇城市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（宇城市在住の介護者又は要介護者本人）

住所　宇城市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　（続柄　　　）

電話番号

高齢者在宅介護用品購入助成事業申請書

　　令和７年度宇城市高齢者在宅介護用品購入助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要  介  護  者  の  状  況 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 宇城市 | | | |
| 市民税課税状況 | 課税　　・　　非課税  ※市民税が課されているときは、支給対象外です。 | | | |
| 介護度 | 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | | | |
| 介護認定日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | | |
| おむつ等の  使用状況 | 使用を開始した日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 使用時間帯 | 常時使用 ・ 夜間のみ使用 | | |
| 送付先 | ※申請者以外の住所に送付する場合に記入 | | | | |
| 住所  （施設名含む） | 〒 | | | |
| 氏名 |  | | | |

※申請年度の７月までは前年度の課税状況を、８月から翌年３月までの間は当該　申請年度の課税状況をもって審査します。毎年７月に非課税要件の再審査を行

い、対象外になった方には通知を送付予定です。