様式第1号(第3条関係)

吉田町在宅支援生活品助成申請書

年　　月　　日

吉田町長　　様

住所
申請者　氏名　　㊞
電話
対象者との続柄

在宅支援生活品の助成を受けたいので下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="4">吉田町</td><td>電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>世帯主名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日(　　歳)</td><td>隣組</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家族構成</td><td colspan="7">1　高齢者ひとり世帯　　2　身障者ひとり世帯
3　その他世帯(　　)　合計　　人(本人含)</td></tr>
<tr><td>住まいの状況</td><td>1　持ち家
2　借家(一戸建・アパート)
(貸主の承諾　有　・　無)</td><td>浴室</td><td>1　洋式(浅型)
2　和式(桶式)
3　他</td><td>トイレ</td><td>1　洋式
2　和式
3　他</td><td>寝具</td><td colspan="2">1　ベッド
2　畳にふとん
3　他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成を希望する理由</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体状況
介護状況
生活状況</td><td colspan="7">(障害名　　等級　　手帳番号　　)
(介護度　　)
(病名　　)
(入院・入所　　年　　月～)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">助成を希望する生活品</td><td colspan="7">型式等(　　)</td></tr>
<tr><td>購入額　　円</td><td>数量</td><td></td><td>購入日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
</table>

※　助成を受けたい生活品の領収書等を添付してください。

助成の決定を受けた場合は、下記に口座に振込んでください。

振込希望先	銀行・金庫・組合 支店	当・普	口座番号 No	口座名義人

様式第1号(別葉)

対象者世帯の構成							(対象者も記入してください)
	氏名	性別	年齢	対象者との続柄	職業及び勤務先	前年分の所得税額	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
計	人						
特記事項							

町使用欄(以下の欄は記入しないでください。)

健・J・A・B・C	健～ Ⅰ Ⅱ Ⅲ 問題行動		老・身・知・精( )	
介護保険／ 非・該(介護度)		手帳／ 無・身・療・精( )		
番号	申請／ 新規・再(前回の番号)			
決定事項／ 適・不適(下記備考欄)		決定日／ 年 月 日		
生活品名		数量	その他	
(1) 購入額	円	購入費総額		
(2) 申請者負担額	円	(1)－(3)		
(3) 助成額	円	別表第2による算出額		
備考				