様式第２号（第５条関係）

　　 年　　 月　　 日

平川市家族介護用品引換券交付申請書

　平川市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　平川市家族介護用品支給事業実施要綱に基づき、下記のとおり家族介護用品の引換券の交付を申請します。なお、交付要件の確認にあたり、対象者の属する世帯の課税状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生  年  月  日 | 年 　　月 　　日  （　　　　歳） |
| 住　　　所 |  | | |
| 介護用品の使用開始月 | 年　　 月から | | |
| （※この欄は、要介護者と申請者の世帯が異なる場合に記入してください。）  　この申請に関して、私の世帯の課税状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。  　　　　　 年　　 月　　 日  　　　　　　　　　　　要介護者　　氏名 | | | |