

様式第1号の2(第4条関係)

令和 年 月 日

能代市長様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

おむつ使用者との関係 _____

能代市家族介護用品購入費助成限度額変更申請書

家族介護用品購入費の助成限度額を変更したいため、交付を受けた家族介護用品購入費助成券を返却し次のとおり申請いたします。

2 おむつ使用者 住 所 能代市 _____

氏 名 _____

生年月日 大・昭 年 月 日

電話番号 _____

変更前 要介護認定 1・2・3・4・5

変更後 要介護認定決定日 令和 年 月 日

要介護認定 1・2・3・4・5

2 同意事項（同意いただける場合は、□にチェックを入れてください。）

- 家族介護用品購入費助成券の交付のために必要があるときは、私（おむつ使用者）の住民基本台帳、市民税課税状況、生活保護情報に関する資料その他必要な情報について、市が閲覧及び照会することに同意します。

3 代理人への委任（申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名・住所または事業所名を記入してください。）

- 下記の者を代理人と認め、家族介護用品購入費助成の利用申請を委任します。

代理人 氏名

住所または事業所名

助成限度額を変更し券を交付してもよろしいでしょうか。

決 裁	課 長	参 事	課長補佐	係 員

受付令和 年 月 日
交付令和 年 月 日
(窓口・郵送)

変更後	
介護度	交付番号

(本人 非)