

様式第1号（第3条関係）



伊賀市障がい者等介護用品購入費助成資格認定申請書

伊賀市長 様

対象者に係る介護用品の購入費の助成を受けるため、下記の同意事項について同意のうえ、伊賀市障がい者等介護用品購入費助成資格の認定を受けたいので申請します。

申請年月日		年 月 日		認定番号	
申請者	ふりがな氏名		対象者との続柄	電話番号	
	住所	伊賀市			
対象者	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年	月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 伊賀市			
	区分及び障害程度	1 身体障害者手帳 (障害名: ) 1級・2級 2 療育手帳 A 3 精神障害者保健福祉手帳 1級 4 その他 (病名等: )			

※ 在宅で常時使用の方に限ります。

同意事項

伊賀市障がい者等介護用品購入費助成資格の認定申請に際し、市が次の事項について確認及び調査をすることについて同意します。

- ・対象者及び申請者の住民登録状況の確認及び調査
- ・対象者の障害認定状況の確認及び調査
- ・その他受給資格の認定に当たり必要となる事項の確認又は調査