

様式第2（第3条関係）

高齢者等日常生活用具貸与申請書

安 城 市 長

太線の枠内のみ記入してください。

		申請日	年	月	日
申請者	住 所	電話番号			
	安城市				
	ふりがな	生年	年	月	日
	氏 名	月日	(歳)		
同意	私は、安城市長が介護支援ベッドの借用費用助成を決定するための必要な資料として、私及び私の世帯員につき市の保有する情報を調査し、又は関係行政機関に調査を行うことに世帯員と共に同意します。（氏名） （※） （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				
資格要件	該当する資格要件の□欄にチェックを記入してください。 ☐世帯非課税かつ介護認定（要支援1・2又は要介護1） ☐世帯非課税かつ退院等				
借用希望事業者	☐東海エイド ☐かいごやさん安城店 ☐フランスベッド メディカル岡崎営業所 ☐光田屋げんき館 ☐はあとる安城				

次の「介護支援ベッドが必要な理由」は、介護支援専門員又は地域包括支援センターが記入してください。

介護支援ベッドが必要な理由	記入者氏名	関係機関名	確認年月日
	◇理由を具体的に記入してください。		