

# 令和 7 年度介護用品支給券支給申請書

令和 年 月 日

横 手 市 長 様

介護用品支給券の支給について、次のとおり申請します。

|                                                                    |             |              |      |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|------|-------|
| 申請者（実際に介護をしている方）                                                   |             |              |      |       |
| フリガナ                                                               |             | 高齢者等との関係（続柄） |      |       |
| 氏 名                                                                |             | 電話番号         | (自宅) | — —   |
| 生 年 月 日                                                            | 大・昭・平 年 月 日 |              | (携帯) | — —   |
| 住 所                                                                | 〒 —         |              |      |       |
| この申請の審査にあたり必要な場合は、私（申請者）及びその同世帯員の課税状況等を閲覧、調査することについて当該世帯員全員が同意します。 |             |              |      | 申請者署名 |

※申請者の住所（各年1月1日現在）が横手市以外の場合は、横手市で課税状況を確認することができません。  
 申請者の属する世帯全員について、お住まいの市区町村が発行する課税証明書を添付してください。  
 例) 令和7年度前期（4月～6月）分の支給申請をする場合 ⇒ 前年度（令和6年度）の課税証明書  
 令和7年度後期（7月～翌年3月）分の支給申請をする場合 ⇒ 現年度（令和7年度）の課税証明書

|                                                                           |             |         |            |   |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------------|---|
| 介護が必要な高齢者等                                                                |             |         |            |   |
| フリガナ                                                                      |             | 被保険者番号  |            |   |
| 氏 名                                                                       |             |         |            |   |
| 生 年 月 日                                                                   | 明・大・昭 年 月 日 | 要 介 護 度 | 3          | 4 |
| 住 所                                                                       | 〒 —         |         |            |   |
| この申請の審査にあたり必要な場合は、私（介護が必要な高齢者等）及びその同世帯員の課税状況等を閲覧、調査することについて当該世帯員全員が同意します。 |             |         | 高齢者署名（代筆可） |   |

◎下記の各項目について、該当する項目の□にチェックしてください。

|                        |                                                                                                                                              |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高 齢 者 等 の<br>現 在 の 状 況 | ① <input type="checkbox"/> 自宅 ※ショートステイを利用している場合は記入してください。<br>ショートステイ事業所名 ( )<br>申請日の前の月の利用日数 ( 日 )                                           |
|                        | ② <input type="checkbox"/> 入院中 → ※現時点では対象外です。退院後に申請してください。                                                                                   |
|                        | ③ <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※具体的な場所を記入してください。グループホーム、有料老人ホーム、<br>サービス付き高齢者向け住宅等へ入居している場合は対象外です。                                    |
| 申請者による<br>介護の状況        | <input type="checkbox"/> 上記の高齢者と同居し、日常的に介護している。<br><input type="checkbox"/> 上記の高齢者と同居ではないが、訪問等で日常的に介護している。<br>※同居していない場合は「別居介護申立書」を提出してください。 |

## 注意事項

- 介護用品支給券は、施設等に入所・入居していない要介護「3・4・5」の高齢者等を日常的に介護する介護者へ支給します。
- 支給券を交付された方が、虚偽の申請その他不正な行為により支給券の交付を受けた時は、横手市介護用品支給券支給事業実施要綱第12条により、既に交付した支給券を返還させ、又は市が支払った金額の全部若しくは一部を返還させるものとします。

|            |                                                                                                                      |  |  |         |          |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|----------|
| 横手市<br>記入欄 | 高齢者の介護認定の有効期間 ( 年 月 日～ 年 月 日 )                                                                                       |  |  | 《窓口受付印》 |          |
|            | 高齢者世帯の課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税              |  |  |         |          |
|            | 申請者の世帯の課税状況 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税             |  |  |         |          |
|            | 施設等の利用状況 <input type="checkbox"/> 特養等 <input type="checkbox"/> グループホーム 有料・サ高住 <input type="checkbox"/> ショートステイ 22日以上 |  |  |         |          |
|            | 備考                                                                                                                   |  |  |         | 受付<br>番号 |