

今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業補助金交付申請書兼請求書

今治市長 様

今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいため、関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所 TEL	〒 今治市 TEL				
	被介護者との続柄 : 配偶者 ・ 子 ・ その他 ()					

代理申請の場合 代理人氏名 (続柄:)
住所

被介護者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	〒 今治市				
	要介護度 : (要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5)					

サービス利用店舗名					
理美容サービス利用日	年	月	日	金額	円

振込先	金融機関の名称				預金種別	☐ 普通 ☐ 当座						
		銀行 金庫 組合 農協		本店	口座番号							
				支店	フリガナ							
				本所 支所	口座名義人							

※申請者と口座名義人が異なる場合は裏面の委任状を記入してください

私は、本補助金を申請するに当たり、次の内容について誓約します。また、他の親族から私以外の者が主たる家族介護者である旨の申出、異議等があった場合は、私の責任において親族間で協議し、解決します。

☐ 本申請の内容は事実に相違なく、裏面に記載された申請要件を満たしています。

補助金交付申請額（上限4,000円）市記入欄		円
市 確 認 欄	☐ 領収書原本（利用者氏名、利用店舗名及び住所、利用日、金額、内容が分かるもの） ☐ 補助金の振込先口座の通帳等の写し ☐ 被介護者の介護保険者証の写し ☐ 申請者（代理の方も含む）の身分証明書（提示）	

（裏面あり）

今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業【申請前確認事項】

理美容サービスの利用日において、下記の確認事項全てに該当する場合に、当事業に申請していただけます。

被介護者（介護を受けている方）について

- ☐ 今治市に住所を有する
- ☐ 入院または施設等に入所しておらず、月の半分以上を在宅で生活している
※ショートステイを月半分以上ご利用の場合は申請いただけません
- ☐ 65歳以上で、要介護3、4または5である
- ☐ 市税を滞納していない
- ☐ 暴力団、暴力団員及び暴力団員等ではない

介護者（介護をしている方）について

- ☐ 今治市に住所を有する
- ☐ 現に被介護者の介護を月に半分以上している
- ☐ 被介護者と同居している家族又は被介護者宅へ月に半分以上通い介護をしている3親等内の親族である
- ☐ 主たる介護者及び家族の代表である
- ☐ 今治市内の理美容店または訪問理美容サービスを利用した
- ☐ 市税を滞納していない
- ☐ 暴力団、暴力団員及び暴力団員等ではない

※振込先の口座名義人が申請者と異なる場合に記入してください。

委任状

令和 年 月 日

（宛先）今治市長

委任者（申請者）

受任者（口座名義人）

住所

住所

氏名

氏名

電話番号

電話番号

私は、上記受任者を代理人と定め、私が今治市より支払いを受ける今治市在宅高齢者・身障者等理美容サービス支援事業補助金の受領に関する一切の権限を委任します。