

(あて先)

厚 木 市 長

## 確認書兼同意書

私は厚木市在宅高齢者自立支援用具購入費助成を受けるにあたり、次のとおりの事項に相違がないことを確認しました。なお、助成金の交付を受けるにあたり、住民基本台帳、介護保険のサービス利用状況等の調査を行うことに同意します。

1	当該商品の購入にあたり市外の販売業者(市内の地域包括支援センターが紹介した業者を除く。)から購入していません。	<input type="checkbox"/> はい											
2	通信販売により購入していません。	<input type="checkbox"/> はい											
3	不正な方法により領収書等を取得していません。	<input type="checkbox"/> はい											
4	当該商品の購入に対し類似の給付を受けていません。	<input type="checkbox"/> はい											
5	助成期間内に同じ品目を購入し助成を受けていません。	<input type="checkbox"/> はい											
	<table border="1"><thead><tr><th>用具の種目</th><th>助成期間</th></tr></thead><tbody><tr><td>杖</td><td>2年</td></tr><tr><td>シルバーカー</td><td>5年</td></tr><tr><td>補聴器</td><td>5年</td></tr><tr><td>電磁調理器</td><td>6年</td></tr></tbody></table>		用具の種目	助成期間	杖	2年	シルバーカー	5年	補聴器	5年	電磁調理器	6年	
	用具の種目		助成期間										
	杖		2年										
	シルバーカー		5年										
補聴器	5年												
電磁調理器	6年												
6	厚木市在宅高齢者自立支援用具購入費助成事業実施要綱第2条に規定する施設に入居していません。	<input type="checkbox"/> はい											

杖・シルバーカーを購入された方のみ

7	介護保険福祉用具貸与・給付品目に該当する商品を購入していません。	<input type="checkbox"/> はい
---	----------------------------------	-----------------------------

年 月 日

氏名