

年度 蕪崎市介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

（宛先）蕪崎市長

申請者（介護している方）

住 所 〒

氏 名

続 柄

電話番号

蕪崎市介護用品支給事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

介護を受ける方	氏 名			
	住 所			
	電話番号		介護被保険者番号	
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 歳
	生活状況 どちらか <input checked="" type="checkbox"/> チェック	<input type="checkbox"/> 現在、入院や、施設入所には該当しません <input type="checkbox"/> 現在、入院中、または施設入所中です		

介護用品の受給資格認定にあたり、要介護者に係る世帯所得状況について調査することに同意します。

要介護者氏名（※）

（※）本人が手書しない場合は、記名押印してください。

市確認欄（※記入しないでください）

同居要件	課税状況	要介護認定	該否判定
<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 介護3（見守り等・一部介助・全介助） → <input type="checkbox"/> 介護4、5 <input type="checkbox"/> 障がい該当	<input type="checkbox"/> 該当
<input type="checkbox"/> 非同居	<input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 非該当