

## 帯広市家族介護用品支給申請書

帯広市長

様

年 月 日

家族介護用品の支給を次のとおり申請します。

		個人番号												
介護者 (申請者)	住所 〒 _____													
	氏名(フリガナ)			生年月日			要介護者との関係( )							
				年 月 日			電話番号 _____							

		個人番号											
要介護高齢者の 状況	フリガナ		生年月日			介護保険被保険者番号							
	氏名		年 月 日( )歳										
	住所 〒 _____		電話番号 _____										
	要介護状態	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		介護認定有効期間			年 月 日から 年 月 日まで						

**同意書**

この申請にあたり、介護用品の支給の可否を決定するために必要があるときは、私及び私が属する世帯の世帯員全員の市町村民税の課税状況、要介護度、介護認定有効期間、施設等の入居状況を確認するため、関係機関に照会することに同意します。

介護者	住所	要介護者	住所
	氏名		氏名

【帯広市記入欄】

給付決定年月日	整理番号	備考
年 月 日	第 号	
介護度 3・4・5	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	年 月から	
<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	年 月まで	