

様式第1号(第5条関係)

家族介護用品支給申請書

年　月　日

(あて先)　臼杵市長

住　所  
申請者　氏　名　　印  
(自署又は記名押印)  
電話番号

臼杵市家族介護用品支給事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

要介護高齢者	住　所	臼杵市			
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏　名		年　齢	歳	
	介護保険要介護認定結果		要介護4　・　要介護5		
	要　介　護　認　定　日		年　月　日		
	介護保険被保険者証番号				
介護者	氏　名	生年月日	年　月　日		
	要介護高齢者との続柄	年　齢	歳		
同居家族の状況					
氏　名	続柄	生年月日	氏　名	続柄	生年月日
補助券使用					
希望業者					

(注)　介護保険被保険者証の写しを添付してください。

同　意　書

臼杵市家族介護用品支給事業実施要綱第3条第2項の規定に基づき、支給要件に係る課税状況の調査については、同意します。

申請者　住　所  
氏　名　　印  
(自署又は記名押印)