

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  
(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  
(自署又は記名押印)