

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) 白杵市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

㊟

白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	白杵市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名		年 齡			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 齡			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

白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

㊟