様式第1号(第4条関係)

家族介護用品支給申請書

紀美野町長　　様

　　　　 年　　 月　　 日

〔申請者〕住　所　〠

紀美野町

氏　名

電　話

　(対象者との続柄)

　　　次のとおり介護用品の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | 男  女 | | | 生年月日 | | | | | | | 年 　　月　　 日生  　　（　　　歳） | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | 電　話 | | | | | |  | | | | | | | |
| 住　所 | 紀美野町 | | | | | | | | | | | | | 要介護等  状態区分 | | | | | | |  | | | | | | | |
| 帯員の状況 | 続　柄 | 氏　　　　名 | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | 年　齢 |
| 対 象 者 |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給を希望する用品（当てはまるものに○） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 紙おむつ　（　はくパンツタイプ　・　テープ止めタイプ　）  尿とりパッド　　・　　おしり拭き　　・　　介護用手袋 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

家族介護用品の支給を希望するに当たり、対象者の属する世帯の課税状況を調査することに同意します。

住所　紀美野町

（対象者又は同一世帯の方） 氏名