

長沼町家族介護用品支給申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

下記により、家族介護用品の支給を受けたいので申請いたします。

| | | | |
|-------------|------|---------------------------|---------------------|
| 介 護 者 | 住所 〒 | | |
| | 氏名 | 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 | 要介護者との関係() 電話番号 |

| | | | | |
|------------------|-------------------------------|----------|-----------------------|------------|
| 要 介 護 者 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 介護保険被保険者番号 |
| | 氏名 | 1男 2女 | 明治・大正・昭和 年 月 日(歳) | |
| | 住所 〒 — 記載例:申請者に同じ 電話番号 — — | | | |

| | | | | |
|------------------|----------------|---|----------------------|--------------------------|
| 町 確 認 欄 | 支給 要件 確認 | <input type="checkbox"/> 町民税非課税 | 介護 認定 有効 期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| | | <input type="checkbox"/> 生活保護受給なし <input type="checkbox"/> 要介護5または要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護()・要支援() <input type="checkbox"/> 「排尿」に介助・見守り等あり <input type="checkbox"/> 「排便」に介助・見守り等あり <input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所していない | | |