様式第１号

年　　月　　日

三　川　町　長　殿

家族介護用品支給事業申請書

次のとおり家族介護用品の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要 介 護 者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | |  |  | |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏名 |  | | | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　） | | | | | | | | | | | |

※申請者が支給対象者と同一世帯の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者(介護者) | 氏名 |  | | | 本人との関係 | |  |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 世 帯 の 状 況 | 氏　　名 | | 続柄 | 年齢 | | 職業 | 町民税課税の有無  （※町記入欄） |
|  | |  |  | |  | 有　・　無 |
|  | |  |  | |  | 有　・　無 |
|  | |  |  | |  | 有　・　無 |
|  | |  |  | |  | 有　・　無 |
|  | |  |  | |  | 有　・　無 |

|  |
| --- |
| 自己負担金納付方法（希望する方に○をつけてください） |
| １　口座振替（預金口座振替依頼書添付）　　　２　納付書による納付 |

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  　家族介護用品支給事業の要件及び支給限度額を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料を閲覧することに、同意します。  　また、この事業を利用するために必要があるときは、介護保険法に基づき行った要介護者の要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を提示することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　 ㊞ |