

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

内子町家族介護用品支給申請書

内子町長 様

住 所 内子町

申請者(介護者)

氏 名

電 話 ( )

要介護高齢者等との続柄

介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、資格を審査するに当たり、介護者及び要介護高齢者等の世帯の課税状況を、町県民税課税台帳及び各種資料により確認することに同意します。

介 護 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	住 所
		男・女	年 月 日 ( 歳)	内子町
要 介 護 高 齢 者 等	氏 名	性 別	生 年 月 日	住 所
		男・女	年 月 日 ( 歳)	内子町
	介護保険要介護度 要介護 3 ・ 4 ・ 5		要介護認定有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
支い 給介 を護 受用 け品 た名	紙おむつ等の種類	① フラットタイプ		袋
		② 尿取りパッド	(種類: )	袋
		③ テープ止めタイプ	(サイズ: )	袋
		④ 履くパンツタイプ	(サイズ: )	袋
		⑤ リハビリパンツタイプ	(サイズ: )	

居 宅 介 護 支 援 事 業 所	
----------------------	--