

年 月 日

内子町家族介護用品支給申請書

内子町長 様

申請者（介護者）	住所
	氏名
	電話番号
	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	生年月日	住所
		年 月 日（ 歳）	内子町
要介護高齢者等	氏名	生年月日	住所
		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	
介護用品を受け取った名	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パンツタイプ (種 類:) (サイズ:) 袋		

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