

様式第1号（第5条関係）

猪名川町家族介護用品支給（更新）申請書

No		受付日	
----	--	-----	--

猪名川町長 様	
申請者住所	_____
申請者氏名	_____ 印
電話番号	_____
<p>下記のとおり、猪名川町家族介護用品支給事業を利用したく申請します。また、申請にあたっては、以下の事項を承諾します。</p> <p>①支給の決定に必要な場合は、町健康課において介護保険の認定に関する調査を行うこと。</p> <p>②介護用品の利用料について、町が負担する月額6,250円（消費税を含む）を超える額については、町が委託する業者に遅滞なく支払うこと。</p> <p>③高齢者福祉の推進に必要な場合、下記情報の内、要介護高齢者等の氏名・性別・住所・生年月日・電話番号・介護者氏名・住所・続柄・電話番号等の最小限の情報について、民生委員、包括支援センター等関係機関へ提供すること。</p>	

要介護 高齢者 等	フリガナ 氏名		生年 月日		年 齢		性 別	
	住 所				電話 番号			
	要介護度	4・5	認定年月日	年 月 日				
	介護保険被保険者証番号							
	おむつ使用の状況		常時使用 ・ その他（ ）					

介護者	フリガナ 氏名		生年 月日		年 齢		性 別	
	住 所				電話番号			
	続柄							

世帯の 状 況	氏名	続柄	生年月日	前年度分市町村民税	備考

添付書類または 同意	<input type="checkbox"/> 介護者、要介護高齢者等及び世帯の全員が市町村民税非課税であることを証する書類の添付。 <input type="checkbox"/> 上記書類を提出する代わりに、貴職が税務担当課において、支給の決定に必要な税情報を調査することに同意します。 同意者氏名 _____ 印
---------------	--

○以下、調査担当者記入

確認事項	①同居状況	同居 ・ その他（ ）		
	②介護状況	有・無	③おむつ使用	必要・不要
調査員意見				
年 月 日		調査員氏名		印