様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

阿見町長　　　　殿

阿見町家族等介護用品支給申込書

阿見町家族等介護用品支給事業を利用したいので，次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者(介護者) | 住所 | 〒  阿見町 | | |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 被介護者との関係 |  | 電話番号 |  |
| 要介護認定者(被介護者) | 住所 | 〒  阿見町 | | |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 介護保険  被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 要介護区分 | □　要介護3　　　□　要介護4　　　□　要介護5 | | |
| 支給先住所 | | 阿見町 | | |
| 同意欄 | | 申込内容の審査(申込内容の変更についての確認を含む。)に当たって，必要となる住民登録情報，要介護認定情報，課税情報その他の情報について町が調査することについて同意します。また，支給決定の際には，必要となる情報を委託業者に提供することに同意します。 | | |
| ・申込者氏名  ・要介護認定者氏名 | | |

町記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | | | | 受付年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 居宅介護支援  事業所 | 担当ケアマネ： | | | | | | | | | | | | | |
| 支給開始月 | 5 | 6 | 7 | 8 | | 9 | 10 | | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 課税状況  被介護者(認定者)が属する世帯 | (前年度分)  (本人)非・課  (世帯)非・課 | | (現年度分)  (本人)非　・　課　／　(世帯) 非　・　課 | | | | | | | | | | | |
| 所得段階： | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定状況 | 要介護(3・4・5)　　　　年　 月 　日～　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護(3・4・5)　　　　年　 月 　日～　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護(3・4・5)　　　　年　 月 　日～　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護(3・4・5)　　　　年　 月 　日～　　　年　 月　 日 | | | | | | | | | | | | | |