

家族介護用品給付事業申請書

令和〇年 〇月 〇日

東三河広域連合長 様

ケアマネージャーの方が代理人として申請される場合は、氏名と併せて所属もご記入ください。

東三河広域連合家族介護用品給付事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請にあたり申請者及び被保険者の属する世帯の市町村民税課税状況調査に同意します。

※太枠線内は、事務局で記載しますので申請時は記入不要です。

(家族介護者)	フリガナ	コウイキ ハナコ		被保険者との続柄	長女			
	氏名	広域 花子 ※自署してください。						
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 電話番号 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)						
代筆者 所属・氏名・連絡先 (申請者の代わりに代筆した場合は記入)		〇〇ケアプランセンター 三河 みのり			被保険者との関係	ケアマネージャー		
電話番号 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)								
(要介護者)	フリガナ	コウイキ タロウ		被保険者番号	0123456789			
	氏名	広域 太郎						
	住所 (申請者と異なる場合は記入)	〒 〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇番地 〇 電話番号 ()						
	生年月日	大正 〇 昭和 〇 年 〇 月 〇 日						
	認定要介護度 (該当項目に〇)	要介護4 〇 要介護5 〇		認定期間	令和〇年 〇 月 〇 日から 令和〇年 〇 月 〇 日まで			
	現在の居所 (該当項目に〇)	自宅 〇 その他 ()						
世帯構成	氏名	生 年 月 日			非課税			
	世帯主	広域 太郎	大・昭・平・令	〇年 〇月 〇日	✓			
	世帯員	広域 花子	大・昭・平・令	〇年 〇月 〇日	✓			
				大・昭・平・令	年 月 日			
※書ききれない場合は、裏面にご記入ください。		大・昭・平・令			年 月 日			
希望する 用品券の受取方法		郵送 (簡易書留) ・ 手渡し (希望受取市町村窓口： 〇〇市)						

事務局記載欄

確認項目	☐ 要介護度 ☐ 世帯課税状況 (所得調査結果) ☐ 被保険者 ☐ 家族 ☐ 住居状況 (在宅介護・居所確認)	確認者
確認結果	☐ 該当 ☐ 非該当 ※非該当理由 ☐ 要介護度 / ☐ 課税状況 / ☐ 在宅介護 / ☐ 未申告 / ☐ その他 ()	