様式第１号（第７条関係）

家族介護用品給付事業申請書

年　　月　　日

　東三河広域連合長　様

　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及び在宅介護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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （家族介護者） | フリガナ |  | 被保険者 との続柄 |  |
| 氏　　名 | ※自署してください。 |
| 住　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |  | |
| 電話番号（　　　　　　　　　） | 被保険者 との関係 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  （要介護者） | フリガナ |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 氏　　名 |  | |
| 住　　所  (申請者と異なる 場合は記入) | 〒  電話番号（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正　　・　　昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 認定要介護度  (該当項目に○) | 要介護４　・　要介護５ | | 認定期間 | 年　　月 　　日から  　　　　年　　月 　　日まで | | | | | | | | | | |
| 現在の居所  （該当項目に○） | 自　　宅　・　そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯構成 |  | 氏　　　　名 | 生　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 非課税 ✔ | | | |
| 世帯主 |  | 大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | |
| 世帯員  ※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 | | | | | | | | |  | | | |
|  | 大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |  | | | |
|  | 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：　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　） |