

家族介護用品給付事業申請書

令和8年 3月 3日

東三河広域連合長 様

ケアマネ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) 申請者	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			日中に連絡がとれる番号 電話番号 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

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	ケアマネジャー
	電話番号 (〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			

(要介護者) 被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9								
	氏名	広域 太郎										
	住	介護を受けている方										
	生年月日	明治	大正	昭和	6年	7月	8日	電話番号 ()				
	認定要介護度 (該当項目に○)	要介護4	要介護5	認定期間	令和6年 1月 1日から 令和9年 12月 31日まで							

世帯構成	氏名	生	年	月	日	非課税
	世帯主	広域 太郎	大・昭	平・令	6年 7月 8日	✓
	世帯員	広域 花子	大・昭	平・令	33年 12月 5日	✓

※書ききれない場合は、裏面にご記入ください。

被保険者(要介護者)と申請者(家族介護者)が別世帯の場合は、両方の世帯員の情報を記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 要介護度 <input type="checkbox"/> 世帯課税状況 (所得調査結果) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 住居状況 (在宅介護・居所確認)	確認者
確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <small>※非該当理由 <input type="checkbox"/> 要介護度 / <input type="checkbox"/> 課税状況 / <input type="checkbox"/> 在宅介護 / <input type="checkbox"/> 未申告 / <input type="checkbox"/> その他 ()</small>	