

様式第1号 (第7条関係)

家族介護用品給付事業申請書

平成31年 4月 1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に同介護をしている方

※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	花子 花子	被保険者との続柄	長女
	氏名	広域 花子		
	住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 電話番号 (0000-00-0000)		

代理申請者 所属・氏名・連絡先 (申請者以外が提出の場合は記入)	ケアマネが代理申請者の場合は所属及びケアマネ氏名をご記入ください。 〇〇ケアプランセンター 三河みのり 電話番号 ( 0000-00-0000 )
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

(要介護者) 被保険者	フリガナ	太郎 太郎	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	氏名	広域 太郎												
	住所 (申請者と異なる場合は記入)	〒 電話番号 ( )												
	生年月日	明治・大正・昭和	4	年	1	月	1	日	( 90 歳)					
	認定要介護度 (該当項目に○)	要介護4	・	要介護5	認定期間	平成31年 1月 1日	から	平成31年 12月 31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	広域 太郎	明・大	昭	平	4	年	1	月	1	日	✓		
	世帯員	広域 花子	明・大	昭	平	31	年	12	月	5	日	✓		
			明・大	昭	平		年		月		日			
※書ききれない場合は、裏面にご記入ください。		明・大・昭・平 年 月 日												

希望する 用品券の受取方法	郵送 (簡易書留)	・	手渡し	(希望受取り市町村口： 〇〇市 )
------------------	--------------	---	-----	-------------------

郵便の受取が難しい場合は、市町村窓口での手渡し受取を選択できます。

介護度 状況 (所得調査結果)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	確認者
<input type="checkbox"/> 同居状況 (在宅介護・居所確認)		
確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※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 ( )	