

家族介護用品給付事業申請書

平成30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
 介護をしている方 (家族) 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

申請者	フリガナ	広域 花子	本人との 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 氏名・連絡先 (申請者以外が提出の場合)	ケアマネが代理申請者の場合は所属及び ケアマネ氏名を記載してください。 〇〇ケアプランセンター 三河 みのり 電話番号 (●●●●-●●-●●●●)
----------------------------------	--

本人 (被保険者)	氏名	広域 太郎	被保険者 番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	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 3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	

世帯構成	世帯の全員について記載してください。 (書ききれない場合は裏面をご利用ください。)			月 1日から 平成32年3月31日まで
	世帯主	広域 太郎	明・大・昭・平 3年 1月 1日	生計中心者 に○
	世帯員	広域 花子	明・大・昭・平 30年 12月 5日	
			明・大・昭・平 年 月 日	
		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"/> 世帯状況 (所得調査結果) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 住居状況 (在宅介護)	確認者
------	---	-----