

平成 年 月 日

遠野市長 様

介護者 氏名 ..... ⑩  
 (申請者) 住 所 遠野市 .....  
 電話番号 .....

\*独居等で介護者がいない場合は、利用  
 対象者本人名で申請してください。

遠野市家族介護用品支給事業利用申請書

遠野市家族介護用品支給事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用 対 象 者	住 所	遠野市		世帯番号	- - -	
	氏 名			電話番号	( )	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		性 別	男 ・ 女	
	担当ケアマネジャー氏名			担当居宅事業所		
	介護保険被保険者番号					
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	要 介 護 度	*認定を受けている要介護度に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
希 望 す る 介 護 用 品	* <u>1種類だけを選択してください。</u>					
	<input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプS	<input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプS				
	<input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプM	<input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプM				
	<input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプM~L	<input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプL				
	<input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプL	<input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプLL				
	<input type="checkbox"/> シート(フラット)	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド長時間用 (男女兼用)				
	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド男性用	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド女性用				
備考						

**\* 要介護度が4または5の方へ**

非課税世帯の方には数個多く支給されます。該当される方は、市民税が非課税であることを証明する書類として、『課税証明書』または『居宅サービス利用者負担額減免認定証』も一緒に提出してください。証明書の提出が難しい場合は、裏面の課税台帳閲覧同意書に世帯全員分の署名をお願いします。

# 課 税 台 帳 閲 覧 同 意 書

家族介護用品支給対象確認のため、課税台帳の閲覧を行うことに同意します。

年 月 日

住所

氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印

氏名 印