南三陸町家族等介護用品支給申請書

　　年　　月　　日

　南三陸町長　様

介護用品の支給を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 住　所 | 〒 |  |
| 利　用　者 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 | 年　齢 |
| 歳 |
| 要介護度 | 要介護　１・２・３・４・５ | 要介護認定の有効期間 |
| 年　月　日から　　年　月　日まで |
| 支給希望理由 |  |
| 主たる　　介護者 | １　同居家族２　本人 |
| 同意欄 | この申請に係る事務を行うため、南三陸町長が町の保有する対象者に関する個人情報（住民基本台帳、税情報、要介護認定情報）を利用することに同意します。　　　　　　　　　　　　　利用者名　　　　　　　　　　　　印 |

※記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象要件 | 決定内容 | 収受年月日 |
| □　要介護認定 | １・２・３・４・５・無 | □　決定（支給開始：　　年　　月）□　却下（理由：　　　　　　　　） |  |
| □　町民税 | 課税・非課税 |
| □　生活保護受給 | 有・無 |
| □　入院・入所 | 有・無 |