

湯浅町家族介護用品支給申請書

年 月 日

湯浅町長 殿

住 所

申 請 者

氏 名

(対象者との続柄)

次の通り家族介護用品の支給を申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	T・S	年 月 日 (才)
	住 所	湯浅町大字 (電話 -)			男・女
世帯の状況	氏 名	続柄	生 年 月 日	職 業	備 考
課税状況	町民税 課税 ・ 非課税				
	介護用品支給対象者決定のため、世帯の税情報について閲覧することに同意します。 なお、以上の内容については、同一世帯員の承諾を得ています。 <p style="text-align: right;">同意者 _____</p>				
要介護度	()		認定有効期限	年 月	
支給を希望する理由					
希望する介護用品					
ケアマネジャー					

(注意) この申請書には、支給を希望する介護用品の見積書、居宅サービス計画書 (1) (2)、介護用品支給調査票を添付すること