

八百津町長 様

住所 八百津町
氏名
電話番号

八百津町ねたきり老人等介護用品支給申請書

次のとおり介護用品の支給を申請します。
なお、世帯の所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

記

※印は町記入欄のため、記入しないこと。

※受理番号		第 号		※受付年月日		令和 年 月 日	
高齢者の 状況	被保険者番号	050000		個人番号			
	氏名			生年月日		年 月 日 (歳)	
	住所	〒 - 八百津町					
	要介護度	介護度1 ・ 介護度2 ・ 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5					
	介護認定年月日	年 月 日 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)					
	高齢者の所在	在宅 ・ 入院() ・ 施設入所()					
	使用している介護用品						
世帯員の 状況	氏 名	年齢	続柄	※前年度市町村民税課税額			
				※均等割課税額		※所得割課税額	
			本人				
※助成階層区分		A		B		C 非該当	
特記事項							
※ 令和 年 月 日		調査者 役職 健康福祉課 介護保険係 氏名					

希望送付先 〒 - 様方

八百津町長 様

支給券の交付を受ける方
(高齢者本人もしくは要介護4以上の
高齢者を介護している家族)

住所 八百津町八百津○○○○-○
氏名 山田 花子
電話番号 (0574) 43-○○○○

八百津町ねたきり老人等介護用品支給申請書

次のとおり介護用品の支給を申請します。
なお、世帯の所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

病院に入院中もしくは介護保険施設
に入所中の方は支給できません

記

※印は町記入欄のため、記入しないこと。

※受理番号	第 号	※受付年月日	令和 年 月 日	
高齢者の 状況	被保険者番号	050000○○○○	個人番号	
	氏 名	山田 花子	生年月日	
	住 所	〒505-0301 八百津町 八百津○○○○-○		
	要介護度	介護度1 ・ 介護度2 ・ 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5		
	介護認定年月日	令和○年○月○日(期間:○年○月○日~○年○月○日)		
	高齢者の所在	在宅 ・ 入院() ・ 施設入所()		
使用している介護用品	紙おむつ・尿取りパット など			
世帯員の 状況	氏 名	年齢	続柄	※前年度市町村民税課税額
	山田 花子	○○	本人	※均等割課税額
	山田 太郎	○○	子	※所得割課税額
	山田 八百子	○○	子の妻	記入不要
※助成階層区分	A B C 非該当			
特記事項	記入不要			
※ 令和 年 月 日	調査者			
	役 職 健康福祉課 介護保険係			
	氏 名			

希望送付先 〒

自宅以外の送付先を希望される場合は記入してください

様方