

様式第1号

平成 年 月 日

八百津町長 様

住所 八百津町
氏名
電話番号

印

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

※受理番号	第 号	※受付年月日	平成 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	平成 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						
※	平成 年 月 日					
	調査者					
	役職					
	氏名					
	印					

※印は町記入欄のため、記入しないこと。