

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

愛南町介護用品支給事業利用申請書
(新規・更新)

愛南町長 様

申請者(介護者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

被介護者との続柄 _____

電話番号 _____

愛南町介護用品支給事業の利用について、次のとおり申請します。

介護を受ける者 (被介護者)	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
	住 所	〒 ー 愛南町	電話番号	ー ー
	要介護度	4 ・ 5		
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
同意欄	支給の可否決定のために、私の介護保険情報と私の世帯員に係る町民税の課税状況の調査(次年度以降において、認定を継続する場合の調査を含む。)をすることに同意します。 被介護者氏名 (印)			
申請理由				

[ここから下は、記入しないでください。]

要介護度	4 ・ 5	町民税課税状況	課税世帯・非課税世帯
総合判定	承認・不承認	料金区分(税込)	7,000円
決定年月日	年 月 日		