

家族介護用品給付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)愛西市長

〒

申請者 住 所
氏 名
電話番号
要介護者との続柄

家族介護用品の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、私及び同居世帯の者の住民登録資料、市民税課税状況、介護認定情報その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。給付決定された場合は、当該金額を請求します。

要 介 護 者	介護保険被保険者番号							
	フリガナ					生年月日		
	氏 名					年 月 日生		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 愛西市							
振 込 口座	金融機関名		支店名		種別	口座番号		
	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 出張所		普通 当座			
	フリガナ							
	口座名義人							
申請月	年 月分		申請額	円				

要介護者の状況確認 (チェックしてください)

<input type="checkbox"/>	介護度は、月初め時点で要介護4または5である。
<input type="checkbox"/>	特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、グループホーム、 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などに、入所・入居していない。
	施設入所だが、月初め時点で入院中である。(病院名：)

添付書類 介護用品を購入したレシート (品名明記)

市 記 入 欄	介護度	4・5	認定 期間		非課税	施設 入所	有・無
