

大洲市家族介護用品支給申請書

大洲市長

様

申請者 住所

(介護者) 氏名 ㊟

要介護者との続柄

電話番号

次のとおり、家族介護用品の支給を申請します。

要 介 護 者	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所			性別 男・女
	介護保険認定	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	介護者との同居の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
	介護者との生計関係の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
	介護者は日常生活を主として介護しているか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
振込金融機関	銀行 金庫 農協		支店 支所	<input type="checkbox"/> 座番号
				フリガナ
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		<input type="checkbox"/> 座名義人

※ 振込金融機関の欄は、申請者(介護者)のものを記入すること。

同意書

大洲市家族介護用品支給事業の支給決定及び支払に必要なとき、申請者及び要介護者の世帯全員の住民基本台帳、課税台帳及びその他決定に必要な書類等の閲覧及び調査をすることについて同意します。

年 月 日

申請者世帯同意者氏名 ㊟

要介護者世帯同意者氏名 ㊟