

大洲市家族介護用品支給事業入退院等報告書

報告者 住所
(介護者) 氏名
電話番号

㊞

要介護者氏名	
--------	--

下記1又は2に○を付けてください。

1 入院・入所している。

※ 入院・入所の期間を記入してください。

	入院・入所年月日	退院・退所年月日	病院・施設名
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			

2 入院・入所していない。

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

介護者世帯同意者氏名 _____ ㊞

要介護者世帯同意者氏名 _____ ㊞