

年 月 日

介護用品支給登録申請書

たつの市長 様

申請者住所
氏名
電話 ()

次のとおり介護用品の支給について申請します。

なお、支給要件の決定のため必要があるときは、申請者本人及び他の世帯員の所得状況について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

高齢者住所	電 話 ()				
(ふりがな) 高齢者氏名	()	男 女	年 月 日生 (歳)		
世帯の状況		氏	名	年齢	続柄
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
申請理由					
介護保険認定	要介護 4・5	※担当確認欄	要介護 可・否	市民税 可・否	

申請する介護用品等（該当項目希望欄に○印を記入してください。）

希望	種 類	数量（月単位）	備 考
	紙おむつ		
	尿取りパット		
	使い捨て手袋		
	清拭剤		
	ドライシャンプー		
	その他（ ）		

（注）支給限度は、月額6,250円分です。ただし、家族介護者交流事業の助成を受けない場合の支給限度は、月額8,340円分です。