

家族介護用品給付事業申請書

上郡町長 あて

申請者 住所
氏名
電話

介護用品の給付を受けたいので、上郡町家族介護用品給付事業実施要綱第3条の規定により申請します。

在宅高齢者等の状況

在宅 高齢者等	住所	上郡町	
	フリガナ		申請者との関係 ()
	氏名		
	電話	()	
要介護度		要介護 4 ・ 5	
手帳の有無		1.有(手帳名:) 2.無	

給付を受けたい介護用品の種類 (希望欄に○印を記入してください)

希望	種類	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 ()	

※ 給付は1箇月8,300円を上限とし、現物支給となります。

- (1) 給付決定及び給付期間中の資格確認に必要な申請者及び在宅高齢者等の属する世帯の税務資料の閲覧や介護状況等を確認するための介護支援専門員等への情報収集、また事業利用における委託業者への利用者情報の提供に同意します。
- (2) 災害時等の要支援者把握のため、申請内容を民生委員・児童委員に情報提供することに同意します。

申請者氏名 _____

在宅高齢者等氏名 (申請者と同居の場合は不要) _____