|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　**家族介護用品支給申請書**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 受給者№ |  |
| クーポン№ |  |
| 　　　年　　　月　　　日　　　　鹿　角　市　長　　　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要介護者との続柄（　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 （　　　　）　　　標記について、次のとおり申請いたします。　　また、市で当世帯の課税状況及び介護保険料（40歳以上65歳未満の国民健康保険加入者にあっては、国民健康保険税）の納付状況、対象者の要介護度に関し調査することに同意します。 |
|  | 介護を必要とする人 |  |  | 生年月日（年齢） | 大・昭　　年　　月　　日　　　　　　（　　　　歳 ） |  |
|  |  |  |  |
|  | ※　認定を受けた要介護度に○をしてください。要介護度　　　　４　　・　　５（　認定年月日　　　　　　　年　　　月　　　日　）（　認定の有効期間　　　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日　） |  |
|  | 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 宛名番号 | 市民税 | 介護保険料 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ※太枠内をご記入ください。 |  |
|  |  |  |
|  | 市処理欄 | 世帯番号 |  | 確認年月日　　　　年　　月　　日職氏名　　　　　　　　　　　 |  |
|  | 要介護状態区分 | 適・否 |  |
|  | 市民税課税状況 | 適・否 |  |
|  | 介護保険料納付状況 | 適・否 |  |
|  |  |  |