

様式第1号（第5条関係）

高砂市家族介護用品支給申請書

年 月 日

高砂市長様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 () _____

下記のとおり、高砂市家族介護用品の支給を申請します。

なお、支給決定にあたり、私の世帯に係わる市民税・介護保険に関する調査を市が行うこと、及び事業委託業者に事業実施に伴う個人情報の提供について承諾します。

介護者氏名					電 話	()	—				
住 所	〒 高砂市										
高齢者氏名					生年月日	明治 大正 昭和		年 月 日			
介 護 保 険 者 証	被 保 険 者 番 号										
	要 介 護 状 態 区 分	要介護 4 ・ 要介護 5									
	認 定 年 月 日	年 月 日									
	認 定 の 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで									
	交 付 年 月 日	年 月 日									
世帯員 (同居人)	氏 名	続柄	年齢	課税の有無	氏 名	続柄	年齢	課税の有無			
		本人		有・無				有・無			
				有・無				有・無			
				有・無				有・無			

※当該年度の1月1日時点で他市に住民登録がある方は証明書が必要です。