

年 月 日

葛城市長 様

住 所
 申請者 連絡先 ()
 氏 名
 対象者との続柄 ()

家族介護用品支給申請書

対 象 者	住 所	(TEL:)										
	フリガナ 氏 名	-----							年 月 日生 (歳)			
介 護 保 険	要介護度		被保険者 番号									
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
品 目	(紙おむつのタイプ) 希望するものに○を付けてください。 ① フラットタイプ ② テープ止めタイプ(S・M・L) ③ リハビリタイプ(S・M・L・LL) ④ 尿取りパット ※2種類まで選択可(2種類の場合は、各種1月当たりの枚数がそれぞれ半分ずつになります。)											
添付書類	<input type="checkbox"/> 市区町村民税の状況を証する書類											
介護用品の支給決定及び随時必要があるときは、本市において住民情報、要介護度、認定調査票及び市区町村民税課税状況を調査することについて同意します。 年 月 日 対象者氏名 介護者氏名 対象者との続柄()												