

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者（介護者）

住 所 小千谷市

氏 名

（電話 ー ）

高齢者家族介護用品給付申請書

小千谷市高齢者家族介護用品給付事業による介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|--|---|-----------|------|----------------|
| 介護対象者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 申請者との続柄 | (続柄) | | | (満 歳) |
| 住 所 | 小千谷市 | | | |
| 要 介 護 状 態 | <input type="checkbox"/> 要介護3（新規） <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 （該当するものの□にレ印を記入） | | | |
| （同 意 書） 小千谷市高齢者家族介護用品給付事業の給付対象要件の確認のため、住民基本台帳及び課税状況について、小千谷市長が調査することに同意します。 | | | | |
| 申 請 者 | | 介 護 対 象 者 | | |
| 申請者・介護対象者と生計をと もにする者 （扶養義務者） | 住所 | | 氏名 | |
| | 住所 | | 氏名 | |
| | 住所 | | 氏名 | |
| | 住所 | | 氏名 | |
| * 小千谷市記入欄 介護対象者現況・・・在宅・入院・施設入所（ ） 市民税課税状況・・・世帯非課税・課税 | | | | |
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | 担 当 |
| | | | | |
| 次のとおり決定してよろしいか伺います。 給付する ・ 給付しない | | | | |

※ 要介護3（新規）認定者の認定調査票の確認同意