

常陸大宮市家族介護用品支給事業利用申請書

※受付番号		※受付年月日		令和 年 月 日
(被介護者)	住所	常陸大宮市		電話 ()
	氏名	フリガナ		年齢 (歳)
				性別 男 ・ 女
				生年月日 年 月 日生
介護者	住所	常陸大宮市		利用者との続柄 ()
	氏名	フリガナ		電話 ()
該当事項		<input type="checkbox"/> 第2条第1号該当 要介護高齢者 (要介護区分：要介護) <input type="checkbox"/> 第2条第2号該当 重度身体障害者 (障害の程度：身体障害者手帳 級) <input type="checkbox"/> 第2条第3号該当 特定疾病該当者 <input type="checkbox"/> 第2条第4号該当 その他市長が特に必要と認める者 (該当する□に「レ」を記入してください。)		
上記のとおり申請します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (介護者) 氏名</p> 常陸大宮市長 様				

(※欄は記入しないでください。)

※住民税課税状況	① 課税 ② 非課税	※処理欄	① 交付 (枚) ② 不交付
※被介護者の状況等	① 下記のいずれかに○印をつける 在宅 ・ 入院 ・ 入所 ・ ショートステイ (月 回利用) ② 上記①の確認方法 家族 ・ ケアマネージャー ・ その他 ()		
※備考			