

介 護 用 品 支 給 申 請 書

年 月 日

美 郷 町 長 様

住 所 美郷町

申請者 氏 名 印

T E L ー

私は、介護用品の支給を受けたいので、美郷町介護用品支給事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。なお、支給の決定にあたり、対象者の 年度以降の住民税課税状況を毎年 6 月に課税台帳等により確認されること、また、介護保険の更新・変更後の要介護度を要介護認定台帳等により確認されることを承認します。

記

要 介 護 者	氏 名			
	住 所	美郷町 番地		
	生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳
	介 護 度	要介護 4 ・ 5 （認定期間： ～ ）		
世 帯 構 成	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄