

別記

第1号様式（第4条関係）

鎌ケ谷市家族介護介護用品支給申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長

様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

次の者に係る介護用品の支給を受けたいので、鎌ケ谷市家族介護介護用品支給事業実施要綱第4条の規定により申請します。

1 要介護高齢者

氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
住 所	鎌ケ谷市		
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0	介護認定 の 状 況	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
電話番号	— —	置き配達 の 可 否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
そ の 他			
同意書欄	介護用品の支給の決定のために必要な世帯（申請者及び要介護高齢者の属する世帯全員）の情報について、鎌ケ谷市が、その保有する住民基本台帳及び税務情報を閲覧並びに確認することに同意します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 申請者氏名</p>		

2 居宅介護支援事業所

事業所名 (電話番号)	(— —)	ケアマネ ジャー名	
----------------	---------	--------------	--

3 希望する介護用品の種類

希望する介護用品の種類	選択製品A	選択製品B

※介護用品の種類は番号で記入してください。