

日出町家族介護用品給付申請書 （ 新規・継続 ）

年 月 日

日出町長

様

申請者 住 所
 (介護者) 氏 名
 連絡先 (電話番号)

家族介護用品の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

要介護認定者	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏名			介護度	要介護4・要介護5	
	住所	日出町 (行政区)				
ともにする世帯の状況 要介護認定者と生計を	氏名	続柄	年齢	住所	同居別居	課税状況 (※町記入欄)
		本人			同・別	課税・非課税
					同・別	課税・非課税
					同・別	課税・非課税
					同・別	課税・非課税
					同・別	課税・非課税
確認欄	<input type="checkbox"/> 要介護認定者は、入院や施設入所等をしておらず、在宅で生活をしています。 <input type="checkbox"/> 介護者は、要介護認定者とその生計を同じくする者です。 ※その生計を同じくする：公共料金の支払いや食費等の生計の一部を共有していること					
	要介護認定者とその生計を同じくする世帯全員の町民税課税台帳及び要介護認定者の要介護認定状況 その他必要事項について閲覧を含む調査されることに同意しますか。 (同意する・同意しない)					

<新規申請> ※初めて申請する時に記入

希望購入店名	
--------	--

<継続申請> ※継続して申請する時に記入

希望購入店名					
希望する商品	品目	商品名・形式等	単価	数量	合計額
				合計額	

※町記入欄	日出町住民登録	要介護認定者の介護度	生計を同じくする者(全員)の課税状況
	要介護認定者 有 無 介護者 有 無	要介護4・要介護5 認定期間 (年 月 日～ 年 月 日)	課税 非課税