

年 月 日

遠野市長 様

介護者 氏 名 .....  
 (申請者) 住 所 遠野市 .....  
 電話番号 .....  
 \*独居等で介護者がいない場合は、利用  
 対象者本人名で申請してください。

遠野市家族介護用品支給事業利用申請書

遠野市家族介護用品支給事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用 対 象 者	住 所	遠野市	世帯番号	- - -
	氏 名		電話番号	( )
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	性 別	男 ・ 女
	担当ケアマネージャー氏名		担当居宅事業所	
	介護保険被保険者番号			
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	要 介 護 度	*認定を受けている要介護度に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
希望する介護用品	* 1種類だけを選択してください。 <input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプS <input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプS <input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプM <input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプM <input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプM~L <input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプL <input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプL <input type="checkbox"/> 紙おむつはくパンツタイプLL <input type="checkbox"/> シート(フラット) <input type="checkbox"/> 尿とりパッド長時間用(男女兼用) <input type="checkbox"/> 尿とりパッド男性用 <input type="checkbox"/> 尿とりパッド女性用			
備考				

本人課税情報の閲覧同意欄（\*必ず全員が記入してください。）

支給対象者要件の確認のため、市が保有する課税情報を閲覧することに同意します。

署名 (利用対象者)

注) 上記の情報閲覧に同意されない場合は、支給対象外となります。

(\*以下の欄には記入しないでください。)

市 記 入 欄	市民税の本人課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	
	要介護認定調査の結果等	排 尿	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 該当なし
		排 便	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 該当なし