

介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 志摩市長

住 所

申請者 氏 名

(介護者) 電話番号

次のとおり、志摩市介護用品支給事業実施要綱第3条の規定により申請します。

支 給 対 象 者	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	施 設 名 (入所者のみ)			
介護保険被保険者番号				
要 介 護 認 定		要介護 4 ・ 要介護 5		
要 介 護 認 定期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅介護支援事業所名		(担当CM :)		
担当地区民生委員名				
◆ 利用券送付先(申請者住所以外を希望の場合は記載してください。)				
施設名又氏名		電話番号		
住所				

※以下は記入しないでください。

市 役 所 確 認 欄	
介 護 保 険 認 定 状 況	要支援() ・ 要介護()
認 定 日	年 月 日
要 介 護 認 定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
課 税 状 況	市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯
現 在 の 状 況	在 宅 (自 宅 ・) ・ 入 院 ・ 介 護 保 険 施 設 ・ その他施設

※裏面の同意書もご記入ください。

同意書

志摩市高齢者福祉事業の利用にあたり、私個人及び私の家族の情報（市民税・所得税の課税状況を含む。）を市が調査及び委託者に提供することに同意します。

（宛先）志摩市長

年 月 日

◇本人署名の場合

【住所】 _____

【氏名】 _____

◇本人が署名できない場合

同意があるが身体が不自由で記載できない。

理由 同意の意思を表明できない。（心神喪失等による。）

その他（ _____ ）

【本人住所】 _____

【本人氏名】 _____

【本人との関係】 _____

【代理人住所】 _____

【代理人氏名】 _____