

(別記様式第1号)

令和 年 月 日

尾花沢市介護用品支給申請書

尾花沢市長 殿

〒 _____

申請者 住所 _____

氏名 _____

下記により介護用品の支給を受けたく申請いたします。

記

			被保険者番号			
利用者	住所			氏名		
	男・女	生年月日	T・S・H・R	電話		
使用枚数	1日あたり _____ 枚・ 1ヶ月 _____ 枚					
おむつを使用するようになった時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日					
要介護認定の結果	非該当・要支援・要介護1・2・3・4・5					
身体障害者手帳の有・無	障害名 (_____ 種 _____ 級)					
世帯員の状況	続柄	氏名	年齢	職業	課税状況	備考

※裏面の同意書もご記入ください。

同意書

私儀

今般、下記事項のため私の世帯に係わる課税台帳（及び関係書類）を、尾花沢市福祉課長が閲覧することに同意します。

記

○福祉業務

1. 老人福祉法 ()
2. 知的障害者福祉法 ()
3. 身体障害者福祉法 ()
4. 児童福祉法 ()
5. 母子・寡婦福祉法 ()
6. 在宅介護対策 (介護用品支給事業)
7. その他 ()

に係わる施行事務処理に関して

令和 年 月 日

住 所 尾花沢市

氏 名

電話番号 (-)

尾花沢市長 殿