令和　●　年　■　月　▲　日

書き方見本

様式第一号

No.

**八尾市家族介護用品支給申請書**

（あて先）八尾市長

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者（同居家族を介護している方）** | **窓口へ来られた方（申請者と同じ場合は不要）** |
| 住　所　八尾市本町１丁目１番１号 | 住　所　八尾市●●町●丁目●番●号 |
| 氏　名　高齢　花子 | 氏　名　●●ケアプランセンター 八尾　太郎 |
| 利用者との続柄　妻 | 利用者との続柄　ケアマネジャー |
| 電話番号　●●●　－　●●●　－　●●●● | 電話番号　■■■　－　■■■　－　■■■■ |

　サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護を受けている方** | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | こうれい　たろう | | | | 注文時の  電話番号 | | | | ●●● － ●●● － ●●●● | | | |
| 氏　名 | 高齢　太郎 | | | |
| 住　所 | 八尾市　本町１丁目１番１号 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　 ● 年 ● 月 ● 日 | | | | 年　齢 | ◆◆　歳 | | | | 性　別 | | 男 ・ 女 |
| 要介護認定 | | 要介護　５ | |  | | | | | | | | |
| **同居家族（介護を受けている方以外）** | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | 生年月日 | | | | 続　柄 | | | | 職　業 | |
| 高齢　花子 | | | 昭和 ● 年 ■ 月 ▲ 日 | | | | 妻 | | | | 無職 | |
|  | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | |  | |
|  | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | |  | |
|  | | | 年　　月　　日 | | | |  | | | |  | |
| **私は、八尾市がサービス実施に必要な介護保険の情報を収集すること及び基本情報をサービス提供事業者・関係機関に提出することに同意します。** | | | | | | | | | | | | |
| **利用者氏名　　高　齢　　　太　郎**印 | | | | | | | | 署名または記名押印  （署名の場合、押印は必要ありません） | | | | |

ｓｘｚｓｄｆｓｚ

|  |  |
| --- | --- |
| ※他の市町村から転入されてきた等で、本市において当該年度の市・府民税が課税されていない場合は、当該年度１月１日にお住まいの市・府（県）民税課税証明書の添付（介護を受けている方と同居家族全員分）が必要です。 | 受付印 |
| 市記入欄 |
| □介護保険情報確認済　　　　　　　　　　　　　　　　受付者： |

ｚｓｄｆ