

書き方見本

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
住所 八尾市本町1丁目11番111号	住所 八尾市本町5丁目55番555号
氏名 高齢 花子	氏名 本町ケアプランセンター 八尾 道子
介護を受けている方との続柄 妻	介護を受けている方との関係 ケアマネージャー
電話番号 072 - 924 - 3854	電話番号 072 - ●●● - ●●●●

サービスを利用したいので、申請します。

介護を受けている方	住所	八尾市 本町1丁目11番111号			
	ふりがな	コウレイ タロウ	介護を受けている方の情報をご記入ください。	電話番号	072 - 924 - 3854
	氏名	高齢 太郎			
	生年月日 年齢・性別	明・大・昭 ● 年 ● 月 ▲ 日	◆◆ 歳	男・女	
	介護保険関係	要介護度 5	介護保険被保険者番号	0123456789	
	介護保険被保険者証有効期間	令和 ● 年 ● 月 ▲ 日 ~ 令和 ● 年 ● 月 ▲ 日			
(同居介護を受けている方以外)	氏名	生年月日	続柄	職業	備考
	高齢 花子	昭和● 年 ● 月 ▲ 日	妻	無職	
	高齢 浩子	平成● 年 ● 月 ▲ 日	長女	アルバイト	
		介護を受けている方以外の同居家族をご記入ください。			

※ 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。

同て介 い護 意るを 方受 欄のけ	介護を受けている方の署名 (押印)が必要です。	への登録及びサービス実施に必要な基本 関係機関に提供することに同意します。	受付者	システム入力
	利用者氏名 高齢 太郎	高齢 印 (本人自署の場合は押印不要です。)		
市 記 入 欄	受付場所	<input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 寿光園 <input type="checkbox"/> 萱振苑 <input type="checkbox"/> 成法苑 <input type="checkbox"/> 太子堂 <input type="checkbox"/> 信貴の里 <input type="checkbox"/> あおぞら <input type="checkbox"/> 緑風園 <input type="checkbox"/> 長生園 <input type="checkbox"/> サポートやお <input type="checkbox"/> スローライフ八尾 <input type="checkbox"/> スローライフ北 <input type="checkbox"/> りゅうげ <input type="checkbox"/> 楽寿 <input type="checkbox"/> 中谷 <input type="checkbox"/> 久宝寺愛の郷 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付印	
	備考			

同意書

書き方見本

チェックして
(あて先) ください。

- 緊急通報システム
- 家族介護用品支給事業

緊急通報システムの申請及び継続に係る費用算定のため、また家族介護用品支給申請及び継続に係る可否決定のため、必要に応じて私の課税状況について、八尾市の税務関係課において調査することに同意します。

令和 ● 年 ■ 月 ▲ 日

ご家族それぞれ
署名・押印が
必要です。

住 所 八尾市 本町5丁目55番555号

氏 名 高齡 太郎 高齡 印

生年月日 明・大・昭・平 ○ 年 □ 月 ▲ 日

(以下は市記入欄のため、記入しないでください。)

課税状況調

年度	年金収入 (雑所得)	その他の所得 ()	市・府民税額	市・府民税 課税有無	所得稅 課税有無	調査日	調査員
	円	円	円	有・無	有・無	/	
	円	円	円	有・無	有・無	/	
	円	円	円	有・無	有・無	/	
	円	円	円	有・無	有・無	/	
	円	円	円	有・無	有・無	/	

記入不要です。