

次のとおり家族介護用品支給事業の利用を申請します。

申請者	住所 古河市			
	ふりがな	生年月日	要介護者との続柄	
	氏名（自署）		電話	- -

要介護者 (介護を必要とする方)	ふりがな		生年月日 年 月 日 (歳)	
	氏 名			
	住 所	古河市		
	要介護認定状況	☐ 要介護5 ☐ 要介護4 ☐ 要介護3		
	認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	現在の在宅状況	☐ 医療機関に入院していない。 ☐ 介護を業としている者が常駐し継続的に生活することができる施設に入居していない。 ☐ その他 ()		
	介護保険被保険者証番号			

申請内容の審査に当たり、市が私及び私の世帯及び要介護者世帯（要介護者を含む。）に関する住民登録情報、市
 税課税状況及び要介護認定状況について関係公簿を閲覧すること及び委託事業者に情報提供することに同意します。

年 月 日

申請者世帯	要介護者世帯
申請者氏名	要介護者氏名
世帯員氏名	世帯員氏名
世帯員氏名	世帯員氏名
世帯員氏名	世帯員氏名

※ 同意欄に記載しきれないときは、別紙に記載し添付してください。

※ 以下の欄は記入しないで下さい。(市記入欄)

受付番号				
確認事項	認定調査票「排尿」又は「排便」		☐ 「介助」 ☐ 「見守り等」 ☐ 無	
	課税状況確認	☐ 市民税課税世帯 月3,000円 ☐ 市民税非課税世帯 月6,000円		
	支給期間	年 月から 年 月まで		

☐ 支給を決定する。 ☐ 申請を却下する。