

|    |    |   |
|----|----|---|
| 局長 | 係長 | 係 |
|    |    |   |

潮来市在宅ねたきり老人等家族介護用品支給申請書

平成 年 月 日

潮来市長 様

申請者 住所 潮来市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

潮来市在宅寝たきり高齢者等家族介護用品支給事業実施要綱第3条に基づき、給付券を支給されたく、下記のとおり申請します。

記

|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|----------------|-------|
| 対象者                              | 住所                                                                                           | 潮来市 |     |      | 電話番号           |       |
|                                  | 氏名                                                                                           |     | 男・女 | 生年月日 | 大正<br>昭和<br>平成 | 年 月 日 |
| 要介護度等                            | 要介護 3 ・ 4 ・ 5 ( 身体障害者手帳 1 ・ 2 級 )                                                            |     |     |      |                |       |
| 家族の状況<br>※世帯主に<br>○を記入し<br>てください | 氏名                                                                                           | 続柄  | 性別  | 年齢   | 職業             | 備考    |
|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
|                                  |                                                                                              |     |     |      |                |       |
| 民生委員記入欄                          | 上記対象者が現在、在宅で入院入所等をしておらず、かつ、寝たきり等により介護用品が必要な状態と認めます等、実態を記入してください。また、その他でこの申請の参考となる事項をご記入ください。 |     |     |      |                |       |
|                                  | 地 区 氏 名 印                                                                                    |     |     |      |                |       |