様式第３号（第７条関係）

介護用品給付事業申請書

壱岐市長　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　壱岐市　　　　町　　　　触　　　番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(主たる介護者)名前　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人(対象者との関係)

壱岐市介護用品給付事業の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給の決定に当たり私の属する世帯の市民税の課税状況について、市税務課に照会、また在宅介護の状況について担当介護支援専門員等に照会することに同意します。

1　本人(対象者)の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 | 壱岐市　　　　町　　　　　触　　　　番地 |
| 氏 名 |  |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 　　 ( 歳) |
| 介護保険認定状況等 | 要介護 4 ・ 要介護 5  (期間 年　　月　　日～　　 年　　月　　日) |

2　同居世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続　柄 | 年　齢 | 氏　名 | 続　柄 | 年　齢 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

3　現在使用している介護用品　紙おむつ・リハビリパンツ・尿取りパット・その他

4　現在の居宅支援事業所　　　　　　　　　　　　　　居宅支援事業所

担当介護支援専門員　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員

5　購入予定指定事業所

※月額限度額2, 500円を超えた購入費については自己負担となります。