

# 記入例

様式第1号(第5条関係)

家族介護用品給付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)愛西市長

〒 496-8555

申請者 住所 愛西市稲葉町308番地

氏名 愛西太郎

電話番号 0567-55-7116

要介護者との続柄 夫

家族介護用品の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、申請にあたり、私及び同居世帯の者の住民登録資料、市民税課税状況、介護認定情報その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。給付決定された場合は、当該金額を請求します。

|      |            |  |     |     |   |                 |          |    |      |   |   |   |   |   |
|------|------------|--|-----|-----|---|-----------------|----------|----|------|---|---|---|---|---|
| 要介護者 | 介護保険被保険者番号 | 1  | 2   | 3   | 4 | 5               | 6        | 7  | 8    | 9 | 0 |   |   |   |
|      | フリガナ       | アイサイ ハナコ   |     |     |   |                 | 生年月日     |    |      |   |   |   |   |   |
|      | 氏名         | 愛西 花子  |     |     |   |                 | 〇年〇月〇〇日生 |    |      |   |   |   |   |   |
| 振込口座 | 住所         | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>愛西市 〇〇町〇〇〇番地 |     |     |   |                 |          |    |      |   |   |   |   |   |
|      | 金融機関名      | 〇〇 銀行・農協<br>信用金庫   |     | 支店名 |   | 〇〇 本店・支店<br>出張所 |          | 種別 | 口座番号 |   |   |   |   |   |
|      |            |  |     |     |   | 普通<br>当座        |          | 1  | 2    | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|      | フリガナ       | アイサイ タロウ   |     |     |   |                 |          |    |      |   |   |   |   |   |
|      | 口座名義人      | 愛西 太郎  |     |     |   |                 |          |    |      |   |   |   |   |   |
| 申請月  | 年 月分       |  | 申請額 |     | 円 |                 |          |    |      |   |   |   |   |   |

要介護者の状況確認 (チェックしてください)

|                                     |  |                            |
|-------------------------------------|--|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護度は、月初め時点で要介護4または5である。                      |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 特別養護老人ホーム、老人保健施設、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に施設入所していない。 | ※この欄は申請者が、必ず確認の上、記入してください。 |
|                                     | 施設入所だが、月初め時点で入所していない。                        |                            |

添付書類 介護用品を購入したレシート (品名明記)

|      |     |     |      |  |     |  |      |     |
|------|-----|-----|------|--|-----|--|------|-----|
| 市記入欄 | 介護度 | 4・5 | 認定期間 |  | 非課税 |  | 施設入所 | 有・無 |
|      |     |     |      |  |     |  |      |     |