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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

申請者　住　所

氏　名

電話番号

要介護者との続柄

□　申請者と同じ

　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 | | | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | 愛西市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | | | 種別 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | |
| 銀行・農協  信用金庫 | | | | | 本店・支店  出張所 | | | | | | 普通  当座 | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 介護度は、月初め時点で要介護４または５である。 |
| □ | 特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院、グループホーム、  軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などに、入所・入居していない。 |
| 施設入所だが、月初め時点で入院中である。（病院名：　　　　　　　 　　） |

添付書類　介護用品を購入したレシート（品名明記）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度 | ４・５ | 認定  期間 |  | 非課税 |  | 施設  入所 | 有・無 |

市記入欄