

介護用品支給認定申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

介護用品支給の認定を受けたいので、次のとおり申請します。 電話番号（ _____ ）

受給者	氏名		要介護高齢者との続柄		
	住所			同居・別居	
要介護高齢者の状況	氏名(生年月日)	(_____ 年 月 日)			
	住所				
	介護度	要介護 (4 ・ 5)	認定日	_____ 年 月 日	
	在宅サービス利用状況	訪問介護週 _____ 回、通所介護週 _____ 回、通所リハ週 _____ 回、その他 (_____)			
	介護用品使用品目				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	町民税課税状況	備考
			_____ 年 月 日	課税 あり・なし	
			_____ 年 月 日	課税 あり・なし	
			_____ 年 月 日	課税 あり・なし	
			_____ 年 月 日	課税 あり・なし	
			_____ 年 月 日	課税 あり・なし	
同意欄	支給の可否決定のため、私と私の世帯員に係る町民税の課税状況を調査（次年度以降において、認定を継続する場合の調査を含む。）することに同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">要介護高齢者氏名 _____ 印</div>				
調査欄	要介護高齢者の介護度、世帯の状況並びに課税状況を調査の結果、介護用品の支給は、（可・否）と認定する。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">_____ 年 月 日 調査員職氏名 _____ 印</div>				

上記、行政サービス等の手続に際し、日高町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例に基づき、当該条例の対象の有無を町担当課員が確認することを承諾します。

対象者名簿	記載無し	記載有り
	_____	_____