

# 松江市家族介護用品支給事業申請書

年 月 日

(あて先) 松江市長

申請者 住 所

(家族介護者)

氏 名

(Tel - )

下記のとおり家族介護用品支給事業の利用を申し込みます。

利用者	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	M・T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	住 所	松江市		
	電 話 番 号	-	介護保険の認定状況	要介護 4・5

## 1. 世帯の状況

介護用品が必要な方(要介護者の方)と同一世帯の方をすべて記入して下さい。

氏 名	続柄	氏 名	続柄

## 2. 支給を希望する介護用品

支給を希望する介護用品を一覧表の中から選んで、番号・品名・サイズ・メーカー・1袋あたりの枚数・単価・希望する袋数を記入して下さい。(一覧表の単価と希望する袋数を掛けた金額を合計の欄に記入して下さい。その金額を合計したものを一番下の総合計に記入して下さい。支給の限度額は一月総合計が6,250円までです。)

番号	品名	サイズ	メーカー	1袋あたりの枚数	単価	希望する袋数	合計
						総合計	

利用申請時から事業の利用が廃止となるまでの全ての年度において、利用者及び同居者全員の市町村民税課税状況を閲覧・調査する事について同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

担当居宅事業所名 (又は地域包括支援センター) ( )

ケアマネジャー (又は担当者) ( ) 電話番号 ( - )