

様式第1号(第5条関係)

すこやか介護用品支給申請書

年 月 日

永平寺町長 様

次のとおり、介護用品の支給を受けたいので申請します。なお、認定にあたっては、永平寺町職員が世帯課税情報や介護度を確認することに同意します。また、配達業者へ氏名、住所、連絡先、使用品目の情報を提供することに同意します。

申請者	氏名		連絡先	
	住所	〒 利用者との関係()		
利用者	氏名		連絡先	
	住所	〒		
	生年月日	年 月 日	年齢	才
	要介護度 (該当するものに○)	認定なし / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
	要介護 認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	希望する支給方法 (いずれかに○)	店舗購入	配達(三和薬品・木村薬局)	
[介護用品の使用状況] 紙おむつ <input type="checkbox"/> パンツタイプ(サイズ) <input type="checkbox"/> 尿取りパッド(サイズ) <input type="checkbox"/> テープ止めタイプ(サイズ) <input type="checkbox"/> フラット型				

以下、町記入欄

受付日	支給の可否	課税状況および支給枚数
	可・不可	<input type="checkbox"/> 課税世帯 (月額上限2,000円) _____ 枚
	支給券交付	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 (月額上限2,500円) _____ 枚
	済・未済	[備考]

同意書

永平寺町職員がすこやか介護用品支給事業の申請に係る世帯課税状況や介護度を
確認することに同意します。また、配達業者へ氏名、住所、連絡先等の情報を提供す
ることに同意します。

令和 年 月 日

本人(利用者)

住 所: _____

氏 名: _____

連絡先: _____

利用者本人が来庁できない場合、下記について記載をしてください。

私のすこやか介護用品支給事業の申請及び支給券の受領について、下記の者に委任
します。

代理人(申請者)

住 所: _____

氏 名: _____

本人との関係: _____

受領書

確認書類

介護保険被保険者証

後期高齢者医療被保険者証

住民基本台帳

その他()

介護用品支給券を受領しました。

令和 年 月 日

受領者氏名 (本人) _____

(本人以外) _____

(続柄・所属等:)