

みやき町高齢者等介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

みやき町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 被介護者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおりみやき町高齢者等介護用品支給事業実施要綱に基づく事業を利用したいので申請します。

被 介 護 者	氏 名		性 別	男 ・ 女		
	住 所	みやき町				
	生 年 月 日	年	月	日生	年 齡	歳
	被保険者番号				要介護状態区分	
	認 定 年 月 日	年	月	日		
	認定の有効期間	年	月	日から	年	月 日
	居宅介護支援事業所	事業所名		担当者名		
同 居 世 帯 員	氏 名	続柄	年齢	生年月日	職業	備考

同 意 書

上記申請に当たり必要な時は、町が住民基本台帳、同居世帯員全員（分離世帯含む）の町県民税課税台帳及び被介護者の介護保険に関する事務の関係書類で確認することについて同意します。

申請者名..... (印)  
 (代筆者氏名 ..... ) (申請者との関係 ..... )

※介護保険の介護認定を受けていない場合は、医師によるおむつ使用証明書の添付が必要です。