

年 月 日

光市長 様

申請者(主たる介護者) 住所 _____

氏名 _____ ㊟

要介護者との続柄 _____

電話番号 _____

介護用品給付申請書

光市介護用品給付事業実施要綱第5条の規定により、介護用品給付の申請をします。

要介護者	フリガナ			在宅介護	年 月 日
	氏名			の期間	年 月 日
	生年月日	年 月 日		要介護認定	4・5
	住所			現在の居住地	・自宅 ・その他 ()
申請者世帯の状況	氏名	生年月日	続柄	※市町村民税課税状況	
				非課税・課税	
				非課税・課税	
				非課税・課税	

申請者(主たる介護者)を本人(続柄)として記入してください。 ※の欄は記入しないでください。

個人情報等の確認に当たっての署名欄

市が申請者世帯の市町村民税課税状況を課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名 _____ ㊟