様式第１号（第３条関係）

南伊豆町在宅高齢者家族等介護支援事業（介護用品給付）登録申請書

年　　月　　日

　南伊豆町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

続柄（　　　）

　南伊豆町在宅高齢者家族等介護支援事業において実施される介護用品給付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　年　月　日（　歳） |
| 対象者住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－ |
| 要介護度 | 要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５　　その他 |
| 給付を希望する理由 |  |
| 世帯の状況 | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 職業等 | 収入状況 | 課税状況 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 給付を希望する品目等 | 　紙おむつ　・　防水シーツ |
| 希望する品目の名称及び型式 |  |

※　南伊豆町在宅高齢者家族等介護支援事業申請にあたり、申請者及び世帯員についての個人情報資料を閲覧することを承諾します。

　また、利用にあたり諸規則を守り、不服を申し立てないことを誓約します。