

様式第1号

年 月 日

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会会長

様

住所：

氏名：

印

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会家族介護用品支給申請書

次により、家族介護用品の支給を申請します。

審査事項の確認方法		<input type="checkbox"/> 自分で証明書(住民票、所得・課税証明)を用意して添付する。 <input type="checkbox"/> 恵庭市からの住民基本台帳、所得税、介護認定、障害種別等級の情報提供に同意する。			
寝たきり 高齢者等 の状況	住 所	〒 ー			
	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日(満 歳)	性別 男・女
	区 分	<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者			
	身 体 状 況	時期	年	月頃から	原因
おむつ等使用開始年月		年 月頃から			
支給希望品目・数量					
介 護 者 (申請者)	住 所	〒 ー		電 話	ー
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年	月	日(歳)	対象者との関係

※下の欄は記入しないで下さい。

審 査	課 税 状 況	<input type="checkbox"/> 所得税 / 有 ・ 無			確認方法	<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 恵庭市	
	確認年月日	年	月	日	確認者氏名	印	
決 裁	局 長	次 長	課 長	主 査	スタッフ	審査の結果、支給を決定(却下) してよろしいか伺います。 年 月 日	