

様式第1号

令和 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	令和 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。 令和 年 月 日	