様式第１号（第４条関係）

家族介護用品支給申請書家族介護用品支給申請書

令和　　年　　月　　日

志布志市長　　　　　様

家族介護用品の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 志布志市 | | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | | 年　 月　 日 |
| 氏名 | 印 | 性別 | | 男　・　女 |
| 要介護者との続柄 |  | | 電話 | ―　　― |
| 世帯に対する市民税課税 |  | | | |
| 要介護者 | ふりがな |  | 生年月日 | | 年　 月　 日 |
| 氏名 |  | 性別 | | 男　・　女 |
| 住所 | 志布志市 | | 電話 | ―　　― |
| 要介護認定結果 | 要介護　４・５　　　　同程度の障害 | | | |
| 認定年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 介護保険により受けているサービス |  | | | |
| 希望する介護用品 | 紙おむつ［　］　尿取りパット［　］　使い捨て手袋［　］  清拭剤［　］　ドライシャンプー［　］  濡れタオル（臀部拭き用又は体拭き用）［　］  肌着（ホック式又は面ファスナー式）［　］　防水シーツ［　］  食事用エプロン［　］ 介護用歯ブラシ（通常の歯ブラシを除く。）［　］  口腔ケア用スポンジ［　］ 口腔保湿剤［　］ とろみ剤［　］  （希望する品名に○印を付し、［　］内に数量を記入してください。） | | | | |
| 年度における支給の有無 | 有（　　月～　　月）　・　無 | | | | |
| 在宅・介護の確認 | 要介護者は、在宅で申請者から介護されている・いない。  年　　月　　日確認  民生委員　　　　　　　　　印 | | | | |