様式第1

介護用品給付申請書

令和　　年　　月　　日

(あ て 先) 一　宮　市　長

申請者（窓口に来られた方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 電話 |  |

下記のとおり誓約のうえ、介護用品の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者  （本人） | 氏名 | | | 生年月日 |
|  | | | 明・大・昭  　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | | □申請者に同じ  一宮市 | | |
| 介護者  （家族） | 氏名 | | | 電話番号 |
| □申請者に同じ | | | □申請者に同じ |
| 住所 | | □申請者に同じ  一宮市 | | |
| 要介護者の世帯及び介護者の世帯の税務資料について、関係機関で調査することを承諾します。  要介護者　氏名  　介護者　氏名 | | | | |
| 給付方法 | | □医薬品引換券 (※No. 　 ) 　□介護用品 | | |
| サイズ | | □ Ｓ 　□ Ｍ 　□ Ｌ 　□その他（　　 　） | | |
| ※確認 | | □要介護４・要介護５　　　　　　□市民税非課税世帯 | | |

・※欄は記入しないでください。

・給付方法で医薬品引換券を希望される場合は、サイズ欄は記入不要です。

**誓約条項**

1. 医薬品引換券又は介護用品の給付を受けた場合において、管理者として責任をもって管理するものとし、これを他の目的に使用したり、転貸、売却、譲渡又は担保に供しません。
2. 医薬品引換券又は介護用品を破損又は紛失した場合において、一切の異議を申しません。
3. 対象者に該当しなくなった場合において、医薬品引換券又は介護用品を速やかに返還します。
4. 介護用品を受け取る際、一宮市において介護保険法に規定する要介護状態区分の要介護４又は要介護５の認定があることを確認するため提示を求められた場合において、介護保険被保険者証を提示します。
5. その他、実施主体の指示に従います。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認書類 | 運転免許証／経歴証明書・個人番号カード・住基カード・健康保険証（ 国保・後期 ）・介護保険証  身体障害者手帳・年金手帳・社員証・その他／聞き取り(　　　　　　　　　　　　　　) |