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（　　）