

様式第 1

介 護 用 品 給 付 申 請 書

年 月 日

(あて先) 一 宮 市 長

申請者 (窓口に来られた方)

住所		続柄	
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	大・昭	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 一宮市					
介護者 (家族等)	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		電話	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 一宮市				続柄	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
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	<input type="checkbox"/> 医薬品引換券 (※No. _____) <input type="checkbox"/> 介護用品 (サイズ: S・M・L・LL)						
要介護度	要介護 4・要介護 5		認定有効期間	_____年 _____月 _____日から _____年 _____月 _____日まで			
※確認	<input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 在宅介護						

- ・※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・資格確認書・介護保険証・障害者手帳 年金手帳・社員証・介護専門員証・その他／聞き取り ()
--------	---