

## 家族介護用品支給事業申請書

平成 年 月 日

佐賀市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
 (対象者との続柄: \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり紙おむつの支給を受けたいので、佐賀市家族介護用品支給事業実施要綱第4条の規定により、申請します。

対象者	住所	佐賀市 (電話: _____)			
	氏名 (ふりがな)	_____ (明・大・昭 年 月 日生 歳)			
	要介護度	4・5	介護保険証有効期限: 平成 年 月 日～平成 年 月 日		
介護者	住所	佐賀市 (電話: _____)			
	氏名 (ふりがな)	_____ (大・昭・平 年 月 日生 歳)			
事業所	事業所名	_____			
	担当者名	_____ (事業所電話: _____)			
	※事業所名、担当者名、事業所電話番号を配送業者へお伝えします。				
配送先	住所	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> その他 (下記へ記入) 佐賀市			
	配送に関する備考:				
【所得・課税額の確認及び、個人情報の取り扱いに係る同意】※原本は高齢福祉課にて保管 ・対象者及び介護者の世帯全員の所得・課税額について確認されることに同意します。 ・この申請書に記載された内容を関係者（配送業者、担当地域のおたっしや本舗、居宅介護支援事業所等）に知らせることに同意します。 <p style="text-align: right;">氏名 _____ ㊟</p>					
※別紙の品目表より1メーカー内で選択してください。(なお、一度支給した品目の交換はできません)					
支給希望品目	品番	単価/枚	必要枚数/日	小計金額/円	合計金額/日
		円	枚	円	円 (212円を限度)
		円	枚	円	
		円	枚	円	
		円	枚	円	
		円	枚	円	

※以下は記入しないでください

世帯課税照会	利用者	非課税 ・ 課税 ( _____ 円)
	介護者	非課税 ・ 課税 ( _____ 円)
配達業者・メーカー	_____	
担当者所見	家族介護用品支給事業対象者に (該当する・該当しない)	決定番号 NO. _____