様式第１号(第５条、第８条関係)

介護用品支給申請書

（　新規　・　更新　）

年　　月　　日

（あて先）登米市長

　　　　　〒

住所

申請者　氏名

電話番号

支給対象者との関係　（　　　　　　　　　　）

次のとおり、介護用品の支給を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支　給　対　象　者  （介護用品を利用する者） | 住　所 | * 申請者と同じ   登米市 | |
| 氏　名 | * 申請者と同じ | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 要介護度等 | □　要介護（　４　５　） | |
| □　要支援（　１　２　）、要介護（　１　２　３　） | ※新規申請の場合、医師意見書を添付  してください。 |
| □　障害者（児）（　身体　療育　精神　難病　） |
| 入院・入所 | * していない　　□　している（施設等名：　　　　　　　　　）   （※特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、養護老人ホームに入所している方は当事業の利用はできません。） | |
| 書　類  送付先 | * 申請者あて　　□　支給対象者あて　　□　その他下記あて   〒 | | |

支給決定に当たっては、要件確認のため必要に応じて、支給対象者の介護保険情報等、支給対象者の属する世帯員の住民票情報及び市町村民税情報について、市が調査（更新時の調査も含む。）することに同意します。また、申請者が支給対象者本人と異なる場合にあっても、当該申請者に介護用品支給の手続きに関する一切の権限を委任します。

　　　　　　　　　支給対象者氏名

代筆者氏名（※代筆の場合）