様式第４号(第９条関係)

介護用品支給変更申請書

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、介護用品の支給決定内容に変更がありましたので、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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の事由 | * 住所・氏名が変更になった
* 支給区分が変更になった
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 変更の内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

* 「要介護４，５」から「要支援１，２又は要介護１～３」に変更になった場合は、医師意見書（様式第２号）を添付してください。

（以下、支給区分の変更申請の場合のみ記入してください。）

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変更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）