

介護用品支給申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

仙台市長

住 所 仙台市〇〇区〇〇町 1-2-3  
 (ふりがな) せんだい たろう (対象者との続柄)  
 申請者 氏 名 仙台 太郎 印 ( 子 )  
 電話番号 ( 022 ) 〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者本人が自署した場合、または下記調査に同意しない場合は押印の必要はありません。

次のとおり介護用品支給事業の利用を申請します。

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の介護保険情報等、対象者の属する世帯員の住民票情報及び市民税情報について、仙台市が調査することに、

- 同意します。 →以下の添付書類のうち、1、2が省略できます。
- 同意しません。 →以下の添付書類を提出してください。

＜添付書類＞	
1	介護保険被保険者証の写し（対象者分）
2	介護保険料決定（変更）通知書の写し（対象者分）または世帯全員分の住民票と市県民税非課税証明書

対象者  (介護用品を必要とする高齢者の方)	ふりがな 氏 名	<u>仙台 花子</u>		電 話	<u>(022) 〇〇〇-〇〇〇〇</u>	
	住 所	<u>〒〇〇〇-〇〇〇〇</u> <u>仙台市〇〇 区〇〇町 1-2-3</u>				
	生年月日	<u>明・大・昭</u> <u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日 ( <u>〇〇</u> 歳)	性 別	男 ・ <u>女</u>		
	介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5				
	入所・入院	<input checked="" type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (施設・病院名： ) ※施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など)や病院に入所・入院している方は当事業の利用ができません。				
世帯区分	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯					
経 由 機 関 名 (申請代行の場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター ( ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 ( )					

【仙台市処理欄】

収 受	別紙のとおり支給決定・却下してよろしいか伺います。	課 長	係 長	担 当
	決裁年月日                      年    月    日			