

介護用品支給申請書

年 月 日

仙台市長

住 所 _____
 (ふりがな) (対象者との続柄)
 申請者 氏 名 _____ 印 (_____)
 電話番号 (_____) _____

※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		電 話	(0 2 2)	—
	住 所	〒 — 仙台市 区			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女	
	介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	入所・入院	<input 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 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			