

茅ヶ崎市介護用品支給サービス事業利用（変更）申請書

年 月 日

（あて先）茅ヶ崎市長

住 所

氏 名

申請者  
（介護者） 電 話

要介護者との続柄

次のとおり、茅ヶ崎市介護用品支給サービス事業の利用（変更）を申請します。

要 介 護 者 の 状 況	フリガナ		生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒 - 茅ヶ崎市			
	電 話	☎ ( )			
	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 申請中		要介護認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
介護保険被保険者番号			認定期間	年 月 日～年 月 日	
居宅介護支援事業所等	(事業所名) (担当者名)		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (種 級：障害名)	

※記入欄が不足する場合には、別紙を用意の上記入してください。

氏 名	年齢	続柄	住所(要介護者又は介護者と同じ世帯の場合は☑のみ記入)	電話番号 (緊急連絡先)
			<input type="checkbox"/> 要介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> 介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯	
			<input type="checkbox"/> 要介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> 介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯	
			<input type="checkbox"/> 要介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> 介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯	
			<input type="checkbox"/> 要介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> 介護者と同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他世帯	

申 請 理 由	のため
介護用品の使用頻度	テープ止めタイプ ( 枚程度/1日) パンツタイプ ( 枚程度/1日) 尿取りパッド昼用 ( 枚程度/1日) 尿取りパッド夜用 ( 枚程度/1日)
希望するコースの番号	( ① ~ ② ) ( )

この申請にあたって提供した情報について、サービスの利用上必要があるときは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、サービス提供事業者及び民生委員・児童委員に提示することに同意します。  
また、茅ヶ崎市福祉部高齢福祉課が、要介護者及び介護者の属する世帯の状況について、要領に定める利用の承認可否及び継続の決定のために必要な照会をすることに同意します。なお、この内容は、上記記載の者全員の同意を得ていることを申し立てます。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※ここから下は何も書かないでください。

(市確認欄)	確認日	年 月 日
受付担当者	( )	
公簿等確認	要介護者の課税状況	<input type="checkbox"/> 所得割・均等割課税 <input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	申請者（介護者）の世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 所得割・均等割課税 <input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 非課税