

大崎市長 様

申請者は高齢者を介護している同一世帯の家族です。  
(ひとり暮らしの場合は高齢者本人)

申請者 住 所 大崎市古川七日町1-1  
氏 名 大崎花子  
電話番号 00-0000

大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付申請書

大崎市高齢者家族等介護用品助成券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。  
申請においては、交付要件の審査のため高齢者の介護保険情報、高齢者の属する世帯の住民基本情報及び市民税課税状況について、大崎市が閲覧することに同意します。

記

高齢者の状況	氏 名	大崎 太 郎	電話番号	00-0000
	生 年 月 日	昭和00年0月0日(00歳)	性 別	男・女
	個 人 番 号		介護認定期間	令和0年0月00日 ~ 令和0年0月00日
	介護保険被保険者番号	0123456789		
	要介護(支援)状態区分	要介護(3)・要支援( )		

※ 入院中に医師の紙おむつ使用証明によって申請する場合は、別紙「紙おむつ使用証明書」を添付してください。

申請手続代行者 ( 窓口での受取を  希望する・ 希望しない )

住 所	電話番号
大崎市古川駅前一丁目0-0	00-0000
氏名 (居宅介護支援事業所等の場合は事業所名も記入)	高齢者との関係
00居宅介護支援事業所 古川 花子	ケアマネージャー

助成券送付先 (申請者の住所以外へ送付を希望する場合は記入してください。)

郵便番号: 000-0000	住所: 大崎市松山千石字広田0-0
宛 名: 大崎 一郎	

申請者の住所以外に助成券の送付を希望される場合は記載してください。

※ 担当課記入欄

交付番号	収 受
備 考	