様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

大崎市長　　　　様

申請者　住　　所　大崎市

氏名

電話番号

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 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日( 歳) | 性　　別 | 男　・　女 |
| 個人番号 |  | 介護認定期　　間 | 年 　月 　日　　　　～年 　月 　日 |
| 介護保険被保険者番号 |  |
| 要介護(支援)状態区分 | 要介護( )・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 |
|  |  |
| 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 |
|  |  |

□　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:　　　　　　　　　住所:宛て名: |

※　担当課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 | 収　受 |
|  |  |
| 備　考 |
|  |