

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 名:	

※ 担当課記入欄

交付番号	収 受
備 考	