様式第１号（第５条関係）

三種町家族介護用品支給申請書

令和　　　年　　　月　　　日

三種町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所　　三種町

　　　　　　　　　　　　　　　　（介護者）氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要介護者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

三種町家族介護用品の支給を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者  （介護用品を必要とする高齢者の方） | ふりがな  氏　　名 |  | | 電　話 |  | | |
| 住　　所 | 〒  三種町 | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | 性　別 | 男　・　女 |
| 介護保険 | 介護度 | 要介護３　・　要介護４　・　要介護５ | | | | |
| 認定有効期間 | 平成・令和 　　年 　　月 　　日～令和　　年 　　月 　　日 | | | | |
| 新規申請中 | 申請月日　　令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 所　　在 | 在宅　・　入院　・　入所 | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | |
| 支給業者名 | |  | | | | | |
| 経　由　機　関  （申請代行の場合記入） | | 事業所及び担当ケアマネジャー　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | |
| 標記申請の支給要件の確認にあたり、申請者及び要介護者に関わる世帯全員の介護保険料及び町税等の納付状況並びに町民税課税状況並びに要介護者の要介護度に関し調査することに同意します。  　　　年　　　月　　　日  　生計中心者氏名 | | | | | | | |

※1）1か月当たりの支給上限額は、要介護度3は5,000円、要介護度4.5は6,250円です。

※2）介護用品の支給は、配達又は店頭での現物支給となります。

※3）在宅での介護日数が、月の半数以上の方が支給対象となります。

※4）申請受付日が当該月の11日以後の場合は、翌月から支給対象となります。

町確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要介護状態区分 | 認 定 日　　　　　　　　　　年　　月　　日　要介護度（　　　） | 受付 |  |
| 新規申請（※一次判定年月日）　　 年　　月　　日　要介護度（　　　） |
| 課税状況 | 課　税　　・　　非課税 |
| 介護保険料納付状況 | 滞　納 　　　　　　有　　　　・　　　　無 |
| 町税納付状況 | 滞　納 　　　　　　有　　　　・　　　　無 |