

年 月 日

武蔵野市長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

家族介護用品支給申請書

下記のとおり家族介護用品の支給を受けたいので、申請します。

記

介護用品利用者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	電話番号 ()			
	要介護度 (被保険者番号)	要介護 3・4・5 ()	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	現在の状態	◇ 在宅 ◇ (医療型) 病院入院 (病院名) ※病院への持込み (可 ・ 否)			
家族介護者	氏名	続柄	年齢	住所	
				()	

利用者世帯に関する住民基本台帳、課税状況及び要介護認定に関する情報について関係各課に確認すること並びに本事業の適正実施に際し必要な情報を武蔵野市住宅改修・福祉用具相談支援センターに提供することについて同意します。

利用者氏名

利用者が要介護度3の場合、担当ケアマネジャー又は在宅介護・地域包括支援職員は下記事項を確認のうえ下欄に記入願います。

上記利用者について、「排尿」又は「排便」が「介助」又は「見守り等」に該当する者であることを確認しました。

確認者氏名 (所属事業所:)

※以下の欄は記入しないでください。

所得要件	利用者世帯	市民税課税区分	
------	-------	---------	--

上記の申請について、審査の結果

- 1 支給を決定する ・ 2 申請を却下する (理由)

受付年月日	決定年月日	支給決定番号
年 月 日	年 月 日	第 号