

三原市家族介護用品購入助成券申請書

要介護者氏名（介護用品が必要な人の氏名）	介護保険被保険者番号																														
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="10">生年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">年</td> <td colspan="2">月</td> <td colspan="6">日</td> </tr> </table>											生年月日										年		月		日					
生年月日																															
年		月		日																											
要介護者住所（介護用品が必要な人の住所）																															
〒 ー 三原市																															
電話番号（ ） ー																															
介護保険法第19条第1項に規定する要介護認定結果	要介護3・要介護4・要介護5																														
<p>三原市長様</p> <p>三原市家族介護用品購入助成券の交付を申請します。</p> <p>また、本サービス利用にあたり、三原市が独自に申請者世帯全員（18歳以上）の課税状況と要介護者の生活実態（在宅で家族と同居していること）を調査することを了承します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（介護者）</p> <p>フリガナ</p> <p>名 前 _____ 電話番号（ ） ー _____</p> <p>住 所 三原市 _____</p> <p>申請者以外の世帯員（要介護者含む18歳以上の世帯員全員）</p> <p>名前（要介護者） _____</p> <p>名前 _____</p> <p>名前 _____</p> <p>名前 _____</p> <p>※課税状況等は、在宅福祉サービスに携わる関係機関のみが個人情報として管理し、外部には一切漏えいすることはありません。</p>																															
介護用品購入希望の店名	① _____ ② _____																														

担当 ケアマネージャー 確認欄	<input type="checkbox"/> 現在在宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 家族と同居している。 確認先（担当介護支援専門員または地域包括支援センター職員） 事業所名 _____ 氏名 _____
-----------------------	--

※ 三原市記入欄（この欄は記入しないでください）

受付年月日	交付年月日	登録番号
-----	-----	-----
年 月 日	年 月 日	