

船橋市在宅重度要介護者介護用品支給申請書

令和 年 月 日

船 橋 市 長 あて

介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

(※太枠内をご記入ください)

(申 請 者)	住 所	船橋市		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)		
	電話番号	()		
	要介護認定	要 介 護 3 ・ 要 介 護 4 ・ 要 介 護 5		
申請者(重 度要介護者) を 介護する者	住 所			
	フリガナ 氏 名			続 柄
	電話番号	()		
決定通知等の送付先		申請者 ・ 介護者		

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

☐ 本申請にあたり、要件確認のために必要に応じて課税台帳、要介護認定等の確認及び本申請に係る情報を委託事業者に提供することについて同意します。

※申請者本人以外が提出する場合のみ記入

提 出 者	住 所			
	氏 名			
	電 話 番 号		申請者との関係	

要 件 確 認 欄	☐ 入院、施設入所していない (口答確認)				☐ 生活保護を受給していない (口頭確認)			
	☐ 常時おむつを必要としている (口答確認)				☐ 「申請者を介護する者」欄が申請者以外になっている			
	要介護認定	3 ・ 4 ・ 5	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
	住民コード				本人住民税	円 ・ 非 ・ 無		

船橋市在宅重度要介護者介護用品支給申請書

令和 年 月 日

船 橋 市 長 あて

介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

(*太枠内をご記入ください)

(申請者) 重度要介護者	住 所	船橋市本町〇〇-〇〇		
	フリガナ 氏 名	フナバシ タロウ		
		船橋 太郎		
	生年月日	M・T・S 15 年 4 月 1 日 (〇〇 歳)		
	電話番号	047 (436) 〇〇〇〇		
	要介護認定	要 介 護 3 ・ 要 介 護 4 ・ 要 介 護 5		
申請者(重度要介護者)を 介護する者	住 所	船橋市本町〇〇-〇〇		
	フリガナ 氏 名	フナバシ ハナコ	続 柄	妻
		船橋 花子		
	電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
決定通知等の送付先		申請者 ・ 介護者		

次の内容に同意される場合、□にチェックを入れてください。

☐ 本申請にあたり、要件確認のために必要に応じて課税台帳、要介護認定等の確認及び本申請に係る情報を委託事業者に提供することについて同意します。

□に✓があるか確認

ない場合は、同意を確認のうえ、☑をしてください

※申請者本人以外が提出する場合のみ記入

提出者	住 所	船橋市本町〇〇-〇〇		
	氏 名	申請者と提出者が異なる場合のみ記入		
	電 話 番 号	047-436-〇〇〇〇	申請者との関係	妻

要件確認欄	☐ 入院、施設入所していない (口答確認)		☐ 生活保護を受給していない (口頭確認)	
	☐ 常時おむつを必要としている (口答確認)		☐ 「申請者を介護する者」欄が申請者以外になっている	
	要介護認定	3・4・5	認定期間	日
	住民コード			無

口頭確認の上、☑をしてください