

別記様式第1号（第4条関係）

介護用品給付事業申請書

年 月 日

長岡京市長 様

在宅で高齢者が介護用品を使用するので、次のとおり介護用品給付事業に申請します。
なお、申請に係る世帯の市民税課税状況を調査されることについて同意します。

申請者 (介護者)	フリガナ		本人との関係		
	氏名	Ⓜ			
	住所	長岡京市			
	電話番号	-			
高齢者 (介護を受けている人)	フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所	長岡京市	※申請者（介護者）と住所・電話番号が異なる場合は左記もご記入ください。		
	電話番号	-			
	申請日現在の状況について、あてはまるものに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 病院・施設に入院・入所している <input type="checkbox"/> 病院・施設に入院・入所していない				
	要介護状態区分	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			

(添付書類：介護保険被保険者証の写し、サービス利用票)

※ 課 確認欄 (記入しないでください)

課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
前月生活状況	<input type="checkbox"/> 半月以上在宅 <input type="checkbox"/> 半月以上入院・入所（短期入所含む）