別記様式第1号(第2条関係)

|  |
| --- |
| 菊陽町家族介護用品購入費受給資格者認定申請書 |
| 　　菊陽町長　様　年　　月　日　申請者（在宅介護者）　住所　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり、家族介護用品購入費受給資格者の認定を申請します。 |
| 対象高齢者 | フリガナ |  | 介護保険被保険者番号 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日　 | 性別 | 男　・　女 |
| 在宅介護者 | フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日　 | 性別 | 男　・　女 |
|  |  |
| 助成金振込指定口座 |
| 　　　銀行・信用組合農協・信用金庫 | 本店　支店支所 | 1　普通2　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人（カタカナ） |  |

町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 状況確認欄 | 確認印 |
| 年　　月　　日 | 　1　要介護３、要介護４又は要介護５　2　介護用品が必要と認められた者　3　在宅介護 | 　 |