広島市高齢者在宅介護用品支給申請書

(様式1号)

（兼登録台帳）

令和　　年　　月　　日

（宛先）広島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申　 請　 者　　　　　　住所　　　　　　　　区　　　　　　　丁目　　　番　　　　号

（注１） （注２）　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　番地

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　（℡　 　　－　 　　　）

（介護を必要とする方との続柄：　　　　　）

次のとおり申請します。なお、在宅介護用品支給事業の受給資格に必要な事項について、本人（介護を必要とする者）及び本人の属する世帯の世帯員の市民税課税・非課税状況、生活保護・支援給付の受給状況、本人の要介護度について調査・確認されることに同意します（しています）。なお、これらを調査・確認されることについては、本人の属する世帯員の承諾を得ています。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護を必要とする者（本人）世帯状況（注４） | フリガナ氏 名 |  | 歳 | 生年月日明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住所　　　 　　　区　　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　　号　　　　　番地（注２） |
| 〔上記以外に居住している場合〕　　　　　　　　 区　　　　　　　　　　丁目　　　　番　　　　　号　　　　　番地 |
| 施設入所(注３) | □している・□していない | 施設名 |
| 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４又は要介護５ |
| 氏　　名 | 生　年　月　日 | 続　柄（注5） |
| 介護を必要とする方 | 明・大昭・平　　　・　　　・ | 本人 |
|  | 明・大昭・平　　　・　　　・ |  |
|  | 明・大昭・平　　　・　　　・ |  |
|  | 明・大昭・平　　　・　　　・ |  |
| 希望する事業者名 |  |
| 注文者 | ☐本人　☐申請者　☐その他（氏名：　　　　　　　　　　、続柄：　　　　　　　　　） |
| 連絡先（℡　 　　－　 　　　） |
| 連絡可能な曜日・時間帯：☐指定なし☐指定あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）１　申請者は、主たる介護者の方または本人としてください。

　　　２　住所は、住民票上の住所を記入してください。

３　**サービス付き高齢者向け住宅等にお住まいの方はその住所、住宅名を**記入してください。

４　世帯状況は、介護を必要とする方を含む世帯員全員を記入してください。

* **同居している方は全員（住民票上、世帯を分離している方を含む）**記入してください。

５　世帯状況の続柄は、介護を必要とする方からみた続柄を記入してください。

* 以下は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 要介護認定結果 | □要介護４又は要介護５ | 認定の有効期間　令和　　年　　月　　日 |
| 所得状況 | □非課税世帯（生活保護又は支援給付を受けている世帯は除く。） |  |
| 決　　　　　　定 | □承認 | □不承認 |

上記のとおり決定することとし、別紙のとおり申請者及び事業者へ通知してよいでしょうか。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 係 | 係長 | 課長 | 公印 | 施行 |