様式第１号（第４関係）

（表）

家族介護用品支給申請書

令和　　　年　　月　　日

　（宛先）久慈市長

申請者（介護する人）

住所

氏名

要介護者との続柄

電話番号

　介護用品の支給を受けたいので申請します。

１　要介護者及び家族状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護者 | 住所 | 岩手県久慈市 | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | 生年月日 | | | 年　月　日 | |
| 被保険者番号 | |  | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | | 要介護　４・５ | | | 認定年月日 | | | 年　月　日 | | |
| 認定の有効期間 | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | |  | | | 担当介護支援専門員 | | |  | | |
| 家族の状況（要介護者以外を記入）  Youkaigosya | 氏名 | | | 要介護者  との続柄 | | 生年月日 | | 要介護者と  の同居の別 | | | 備考 |
| （介護する人） | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
|  | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
|  | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
|  | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
|  | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
|  | | |  | |  | | 同・別 | | |  |
| ※介護者が同居していない場合、介護者の世帯についてもご記入下さい。 | | | | | | | | | | |
| 要介護者と同居している家族以外が介護者となる場合の理由 | | | | |  | | | | | | |

※裏面も記入すること。

（裏）

２　申請対象であることの確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 左の項目に該当する場合はチェック(☑)してください。 |
| １　申請者は、要介護者を在宅で介護する当該要介護者の家族であることに相違ありません。 | □ |
| ２　次のいずれかに該当した場合には、支給券の使用を中止し、介護用品受給資格喪失届と共に支給券を返還します。  (1) 要介護者が死亡したとき。  (2) 要介護者の要介護状態区分が要介護４又は要介護５に該当しなくなったとき。  (3) 要介護者が介護保険施設等に長期的な利用を目的として入所したとき。  (4) 要介護者が医療機関に１か月を超えて入院したとき。  (5) 要介護者が市内に住所を有しなくなったとき。  (6) 要介護者及び介護する者の属する世帯の世帯員のいずれかに市民税が課せられたとき。  (7) その他申請者が要介護者を介護しなくなったとき。 | □ |
| ３　支給券及び支給券により支給された介護用品を目的外に使用し、譲渡し、交換し、転売し、貸し付けません。 | □ |
| ４　規定に違反したときは、支給券又は支給に要した費用を返還します。 | □ |
| ５　この申請に係る確認のため、市民税課税台帳及び要介護認定情報の閲覧を行うことに同意します。 | □ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 在宅の状況 | 適・否 | 総合判定 | 適　（交付枚数　　　枚）  ・  否 |
| 要介護状態区分 | 適・否 |
| 市民税課税状況 | 適・否 |