

# 岬町地域支援事業利用申請書

岬町長宛

住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
 利用者との続柄( \_\_\_\_\_ )

下記のとおりサービス等の利用を申請します。（申請は1サービスにつき1人1枚）

サービス利用者	氏 名			
	住 所	岬町		
	電 話		自治区	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生（ 歳）
	要介護状況	自立 ・ 要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	世帯状況	独居 ・ 夫婦のみ ・ その他		
利 用 申 請 内 容 「家族介護継続（地域支援事業実施要綱 別表）」				
1	介護用品給付			
配達希望の有無		配達（100円）		配達なし

※ 介護用品給付、紙おむつ給付については、世帯課税状況による助成（ただし、在宅高齢者と対象者が別世帯に属する場合は両方の世帯が町民税非課税世帯）となっておりますので、下記により課税状況の確認を行うことに同意をお願いします。

別世帯（サービス利用者用）

申請者世帯

同 意 書

介護用品給付・紙おむつ給付サービス申請に伴い、私の世帯課税状況を確認することに同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

同 意 書

介護用品給付・紙おむつ給付サービス申請に伴い、私の世帯課税状況を確認することに同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※ 独居もしくは高齢者のみ世帯であることの確認のため、下記により住民基本台帳での世帯構成の確認を行うことに同意をお願いします。

別世帯（サービス利用者用）

申請者世帯

同 意 書

介護用品給付・紙おむつ給付サービス申請に伴い、私の世帯構成を住民基本台帳により確認することに同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

同 意 書

介護用品給付・紙おむつ給付サービス申請に伴い、私の世帯構成を住民基本台帳により確認することに同意します。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印