

様式第1号（第4条関係）

遊佐町家族介護支援事業利用申請書

利用者	フリガナ		被保険者番号	
	氏名		要介護度	要介護（ ）
			性別	男・女
	生年月日	T・S 年 月 日		
	住所	電話番号（ ）		
主たる介護者	住所 氏名（同・別）			
介護用品の不在時の置き場所				
<p>遊佐町長 殿</p> <p>遊佐町家族介護支援事業を利用したいので、上記のとおり申請します。</p> <p>紙おむつ等の支給決定について、必要あるときは、私及び私の世帯員の所得状況を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 （ ）</p> <p>氏名 要介護者との続柄 （ ）</p>				

担当ケアマネジャー	（事業所 ）
-----------	--------

※ 町記入欄

世帯番号		世帯状況	単身・高齢・その他
町民税課税状況	利用者	非課税・課税（ ）円	
	世帯	非課税・課税 中心者（氏名） / 所得税額（ ）円	
家族介護支援事業	却下・許可		
家族介護継続支援事業	却下・許可（ ）円		
決定年月日	年 月 日		