

家族介護継続支援事業利用申請書

平成 年 月 日

上ノ国町長 様

申 請 者

住 所 _____
 電 話 (_____) - _____
 氏 名 _____ (印)
 利用者との続柄 (_____)

介護用品給付サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな 要介護者氏名		被保険者番号	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
住 所	北海道檜山郡上ノ国町字 _____ 番地 電話番号 (0 1 3 9) - _____		
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5		
介護用品支給開始	平成 年 月 から		

※ 申請上の注意

【支給対象者】

- (1) 上ノ国町に住所を有し、町内の在宅で生活している方
 ※ 病院等に入院している方、又は介護保険等の施設に入所している方は対象となりません。
- (2) 介護保険の要介護状態区分の要介護1以上と判定された方
- (3) 介護用品を常時必要と認められる方
- (4) 介護保険料に未納のない方

※ 以下の欄は、記入しないでください。

町 確 認 欄	
要介護状態区分	非該当 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5
介護区分	在宅 ・ 入院（病院名 _____） ・ 入所（施設名 _____）
介護保険料納付状況	未納なし ・ 未納あり
介護用品支給開始	平成 年 月 から
摘 要	