

家族介護継続支援事業利用申請書

令和 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 () -																	
要介護状態区分	経過的要介護 ・ 要介護 1 2 3 4 5																	
介護用品支給開始	令和 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 ・ 経過的要介護 ・ 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	令和 年 月 から																
摘要																	