

家族介護用品給付申請書

年 月 日

函館市長 あて

次のとおり、介護用品の給付を申請します。

私および介護用品使用者は、市が介護用品の給付に関し必要となる所得の状況および介護認定情報について、調査を行なうことに同意します。

申請者 (介護者)	フリガナ							生年月日	大正・昭和・平成		( )歳
	氏名								年 月 日		
	住所	〒						被介護者との関係 (続柄)			
	配偶者の有無	有・無		※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記入。「無」または「介護用品使用者」と同一の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。							
	配偶者に関する事項	フリガナ							生年月日	大正・昭和・平成	
	氏名							年 月 日			
	住所	〒						電話		-	-
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記入してください)									
被介護者 (介護用品使用者)	被保険者番号								要介護度	3・4・5	
	フリガナ							生年月日	明治・大正・昭和		( )歳
	氏名								年 月 日		
	住所	〒						電話		-	-
	配偶者の有無	有・無		※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記入。「無」または「申請者(介護者)」と同一の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ							生年月日	明治・大正・昭和		( )歳
	氏名								年 月 日		
	住所	〒						電話		-	-
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記入してください)									

介護の状況	1 在宅で介護している。
	2 医療機関へ入院している。 (医療機関名 ) (入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
	3 施設等へ入所している。
	※2および3に該当する場合、対象外となります。
おむつ使用開始時期 年 月 日 頃から	

函館市記入欄

介護状況 確認欄				
	対象者	申請者 ・ その他 ( )	受付者	課 氏名

生活保護制度	被介護者	該当 ・ 非該当			
課税状況	<del>本人</del>	本人	世帯	配偶者	課税者の被扶養者
	申請者(介護者)	課・非	課・非	課・非	該当 ・ 非該当
	被介護者	課・非	課・非	課・非	該当 ・ 非該当
認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護度 )			
参考要件 (認定状況)	認定調査票	基本調査	排尿について	□見守り等 □一部介助 □全介助 □その他	
			排便について	□見守り等 □一部介助 □全介助 □その他	
		主治医意見書		別添調査票参照	
決定区分		該当 ・ 非該当 担当者： (判定日： 年 月 日)			
備考					