

第1号様式（第3条関係）

介護用品支給申請書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所  
氏 名



※自署した場合、押印は不要です。

次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	清須市											
	氏 名												
	生 年 月 日	年 月 日生				年 齡		歳					
	個 人 番 号												
	介護保険被保険者番号												
	介 護 度	要介護認定 3 ・ 4 ・ 5											
	認定の有効期間	年 月 日 から				年 月 日							
	医 療 機 関 等 入院・入所状況	施設名称											
同 居 家 族	氏 名	年 齡	続 柄	個 人 番 号								備 考	
		歳											
		歳											
		歳											
		歳											
		歳											

介護用品の支給を受けるために、私の要介護状態及び私と私の属する世帯の全ての世帯員の市町村民税の課税状況を閲覧することについて同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※自署した場合、押印は不要です。