

様式第1号

在宅サービス費等利用負担額の一部助成申請書
 家族介護用品支給申請書

年 月 日

大仙市長 様

申請者 (介護者)	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 大仙市	電話番号

在宅サービス費等利用負担額の一部助成及び家族介護用品の支給決定のために、貴職が私及び私の同居している家族全員の課税状況及び世帯状況を閲覧することについて同意し、次のとおり、在宅サービス費等利用負担額の一部助成及び家族介護用品の支給を受けるために申請します。

要介護高齢者	フリガナ 氏名	介護保険 被保険者番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者(介護者)と同居 〒 大仙市				
	介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	在宅介護の状況について	<input type="checkbox"/> 申請時現在、入院中ではない (その他:)				
	特別障害者手当について	<input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給中である				
	世帯状況	氏名	続柄	生年月日	職業	同居の有無
	(要介護者)	同上	本人	同上		
	(介護者)	同上		同上		
			・	・		
			・	・		
			・	・		
振込先	・振込先は申請者(介護者)名義の口座に限ります ・ゆうちょ銀行の口座は、通帳の写しを添付して下さい			フリガナ 口座名義人		
	銀行 信用金庫 JA	本・支店		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
				口座番号		

※申請時に、申請した月のサービス利用票の写しを添付してください。

※申請時に、介護保険被保険者証を窓口に提示してください。

※市ではそれぞれの支援について審査し、課税状況や在宅日数など要件を満たさない場合は非該当となることがあります

欄 ※市使用	世帯課税状況	備考欄
	前年度 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 今年度 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税	