

令和 年 月 日

隠岐の島町長 池 田 高 世 偉 様

介護者 住所 隠岐の島町

氏名 印

電話

介護用品支給券交付申請書

下記のとおり介護用品の支給を希望しますので申請します。なお、支給決定にあたり、下記に記載の世帯員の町民税課税状況について調査することに同意します。

記

1. 要介護者

(1) 要介護者住所 隠岐の島町

(2) 氏名 男・女 （要介護 4・5）

(3) 生年月日 T・S 年 月 日 （満 歳）

(4) 介護認定の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで

2. 介護者を含む世帯員の状況（支給を必要とする者を含む）

氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢

◎町確認欄

介護度	非課税世帯	確 認	確認年月日
要介護 4・5	課・非		令和 年 月 日