

# 甲斐市介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

甲斐市長 様

申請者(介護している家族)

住 所 甲斐市

氏 名

続 柄

電話番号 — —

甲斐市介護用品支給事業実施要綱第5条に基づき次のとおり申請します。  
なお、この申請に伴い、利用の決定に必要な私の世帯及び要介護認定者の世帯の課税状況を調査することに同意します。

要 介 護 認 定 者	(フリガナ) 氏 名			被保険者番号
	住 所	甲斐市  (電話番号 — — )		
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)		
	要 介 護 度	3 ・ 4 ・ 5	入院・入所の有無 (現在の状況)	有 ・ 無
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	市町村民税の 状況(対象者世帯 及び要介護者世帯)	課税 ・ 非課税		