第1号様式(第6条関係)

介護用品給付申請書

　　年　　月　　日

　　北谷町長　　　　様

申請人　住所

氏名

続柄

電話番号

　次により介護用品の給付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護高齢者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 介護の状況 | 要介護認定区分　□3　□4　□5(認定年月日　　年　月　日) | | |
|  | | |
| 介護者等の状況 | 氏名 | | 続柄 | 備考 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 生活保護受給状況 | 生活保護受給の有無  □有　　□無 | | | |
| 町税及び介護保険料の滞納の有無 | □有　　□無  □申請に関する審査のため、町税等の納付状況を調査することについて同意します。 | | | |
| 身体及び家族の状況等 |  | | | |