様式第１号（第４条関係）

令和　　年　　　月　　　日

川南町長　　様

申請者　住　所　　　　　　　　　（電話　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　印（続柄　　　　）

介護用品給付申請書

介護用品の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 氏名 |  | 電話 | － |
| 住所 | 川南町大字川南・平田 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　年　 月　 日（　　　歳） | 施設名 |  |
| 要介護認定 | ・要介護４　　　　　・要介護５  　　　　　　　　認定年月日（令和　　　年　　　月　　　日） | | |

川南町長　様

令和　　年　　月　　日

同　意　書

　　 私は、介護用品給付決定・廃止のために必要となる、私の町民税の課税状況を確認されることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 川南町大字川南・平田 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代筆者 | フリガナ |  |
| 氏名 | 印  対象者との続柄（　　　　） |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 本人が署名できない理由 | | ・寝たきり・その他（　　　　　　　　　　　） |