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　　　　　　　　　　　（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（　　　　年　　　月　　　日） | | | |
| 担当ケアマネージャー | |  | | |