別記様式第15号(第15条関係)

上三川町高齢者介護用品給付申請書

年　　月　　日

　上三川町長　様

申請者　住所

氏名

　上三川町高齢者介護用品給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付対象者 | 氏　名 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 　 |
| 要介護状態区分 | 　要介護　　4　・　5 | 電話番号 |  |
| 世帯員状況 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 備考 |
|  | 世帯主 | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |

申請にあたり、私及び私の世帯員の町民税課税状況を照会することに同意します。

世帯主名

　添付書類

　・介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書(写)又は介護保険被保険者証(写)