

様式第 1 号（第 3 条関係）

年 月 日										
家族介護用品支給申請書										
南小国町長 様										
住 所 南小国町大字										
申請者 氏 名										
(介護者) T E L ()										
高齢者との続柄										
次のとおり、家族介護用品の支給を申請します。										
対 象 者	介護保険被 保険者番号								介護度	☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5
	氏 名							生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	南小国町大字								
	個人番号									性 別
世 帯 の 状 況		続柄	氏 名					年 齢	職 業	
	1									
	2									
	3									
	4									
支給を受けたい 介護用品の種類		☐ 紙おむつ ☐ 尿取りパット ☐ 使い捨て手袋 ☐ 清拭剤 ☐ ドライシャンプー								
※下段は、記入しないでください。(担当確認欄)										
1 要 介 護 度 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5 ☐ 対象外										
2 決 定 内 容 ☐ 支給する ☐ 支給しない										