

家族介護用品給付申請書

年 月 日

水戸市長 様

申請者 住所

氏名

介護用品の給付を受けたいので、水戸市家族介護用品給付事業実施要項第3条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、水戸市が要介護状態区分等の確認を目的として、私の介護保険情報を確認することに同意します。

対象者	フリガナ 氏名			性別	
	生年月日	年	月	日（ 歳）	電話
	住所				
	要介護 状態区分		認定 期間	年 月 日まで	
	介護の 状況	・排 尿 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排 便 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・その他 ()			
介護者	フリガナ 氏名			続柄	
	住所			電話	
開始希望月		年 月 から開始			
申請代行者		事業所名及び 担当者氏名			

備考 「申請代行者」欄は、申請を代行する場合のみ記入すること。

※市記入欄

受付番号		受付年月日	
------	--	-------	--

様式第2号（第3条関係）

市県民税課税状況調査同意書

水戸市長 様

水戸市家族介護用品給付事業実施要項に基づく介護用品の給付に係る審査のため、私の市県民税課税状況について調査することに同意します。

年 月 日

	氏名	個人番号											
申請者													
世帯員													

※ 前年12月31日現在、水戸市に住民登録がある方は個人番号の記入は不要です。