

様式第 1 号(第 4 関係)

令和 年 月 日

紫波町長 鎌 田 千 市 殿

申請者 住所 紫波町

氏名 印

要介護高齢者との続柄 ()

電話番号 (- -)

家族介護用品支給申請書

次のとおり介護用品の支給を受けたいので申請します。

要 介 護 高 齢 者	住 所	紫波町			
	氏 名				男 ・ 女
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)			
	要 介 護 度	3 ・ 4 ・ 5	認 定 年月日	令和 年 月 日	

同 意 書

介護用品の支給の決定のために必要な世帯（申請者及び要介護高齢者）の情報について、紫波町が、その保有する住民基本台帳及び税務情報を閲覧すること並びに生活保護の受給状況について確認をすることに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所 紫波町

氏名 印