年　　月　　日

　　（あて先）合志市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（介護する人） | 住所 |
|  | 氏名 |
|  | 介護される人との続柄（　　　） |
|  | 電話番号　　　　 ‐　　　 ‐ |

在宅高齢者家族介護用品支給申請書

合志市在宅高齢者家族介護用品支給要綱第３条の規定により、介護用品の支給を受けたいので申請します。また、支給の決定において、指定薬局での介護用品の支給を希望する場合、この申請書の記載事項を指定薬局に提供することについて同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護する人  (支給対象者) | 住所 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 |  |
| 介護される人  (介護用品の使用者) | 住所 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年齢 |  |
| 要介護  認定 | 要介護　　３・４・５ | | |
| 認定期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | |
| 支給方法 | | □指定薬局（　　　　　　　　）  　□指定薬局以外 | | |
| 居宅介護支援事業所  及び担当者名 | |  | | |
| 備考欄 | |  | | |