

記入例

様式第5号(第5条関係)

神栖市介護用品支給事業利用(変更)申請書

令和3年 2月25日

神栖市長 様

下記により、介護用品支給事業を利用したいので、申請します。

窓口に申請書を提出する
日付を記入

記

| | | | | |
|--------------------|--|--|--------|----------------------|
| 申請者(サービスを受ける者) | 住所 | (〒314-0121) 神栖市溝口1746-1 | | |
| | フリガナ | カミス タロウ | 生年月日 | 明・大 昭・平 30年 1月 1日 |
| | 氏名 | 神栖 太郎 | 性別 | 男・女 |
| | 要介護度 | 要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 | | |
| | 身体障害者手帳(肢体) | 等級 <input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級第1種 障害名(両下肢機能障害 | | |
| 在宅要件 | <input checked="" type="checkbox"/> 在宅中 <input type="checkbox"/> 入院中(退院予定日: | | | |
| 連絡先 (日中連絡がつく番号) | 氏名(申請者との続柄) | | | |
| | 1 | 神栖 花子 | (長女) | 090-0000-0000 |
| | 2 | 神栖 花子 | (長女) | 0299-91-1700 |
| | 3 | 神栖 次郎 | (長女の夫) | 080-0000-0000 |
| 連絡可能な日時 | 曜日に○を付けてください。 月・火・水・木・金・土 <input checked="" type="checkbox"/> いつでも可 時間帯を記入してください | | | |
| 配達先住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 担当薬局等 | 希望する担当薬局等がある場合は対象薬局一覧から選び、店名を記入してください。希望がない場合は記入不要です。() | | | |
| 確認同意欄 | 私は、神栖市介護用品支給事業の利用の決定に必要な事項として、「市民税課税状況」及び「住民登録」について、所管課職員が確認することに同意します。 申請者氏名(神栖 太郎) | | | |
| 申請 代行者 (通知先) | 住所 | (〒314-0192) 神栖市溝口4991-5 | | |
| | 氏名 | 神栖 花子 (申請者との続柄: 長女) | | |

【重要】
入所・入院中は対象外

薬局等から連絡がいきます
間違いがないように記載してください

必ず署名してください

(注) この申請に当たって、申請者証又は身体障害者手帳を確認させていただきます

【重要】 決定通知などの送付先になります
※本人以外の方に送付希望の場合は、その方の住所・氏名・続柄を記載してください
(本人に送付希望の場合は、記載不要です)