

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6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( 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			
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、介護保険被保険者(被介護者)は身体障害者手帳を確認させていただきますので、御提示ください。

【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)