

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

年 月 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。

記

け 申 請 者 （ サ ー ビ ス を 受 け よ う と す る 者 ）	住 所	(〒 - ) 神栖市		
	フリガナ		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
	氏 名		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 type="checkbox"/> 5		
	身体障害者 手帳(肢体)	等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級第1種 障害名( )		
在宅要件	<input 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)		電話番号
	1	( )		
	2	( )		
	3	( )		
連絡可能な日時	曜日に○を付けてください。 月・火・水・木・金・土 時間帯を記入してください。( )			
配達先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 申請代行者住所 <input type="checkbox"/> 薬局受取 <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( )			
申 請 代 行 者	住 所	(〒 - )		
	氏 名	(申請者との続柄: )		

(注) この申請に当たって、介護保険被保険者証又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。