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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　□１　□２　□３　□４　□５ | | | | |
| 身体障害者手帳（肢体） | | 等級　　□１級　□２級　□３級第１種  障害名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 在宅要件 | | □在宅中　　□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 | | | □申請者住所　　□申請代行者住所　　□薬局受取  □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。