様式第１号（第４条関係）

喜多方市家族介護用品給付券交付申請書

年　　月　　日

喜多方市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　喜多方市家族介護用品給付券の交付を申請します。

　なお、喜多方市家族介護用品給付券交付の判定のために必要な下記の者の直近の市民税について、課税情報の請求を行うことに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 |
| 利用者 |  | 年　　　月　　　日 |
| 同一世帯員  （同居家族全員分を記入して下さい。） |  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護者 | 氏　名 |  | 職　業 |  | 電話番号 |  |
| 住　所 |  | | | 続　柄 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保番号 |  | 居宅支援事業者名 |  | |
| 要介護度 |  | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | |
| 給付券月額 | 円 | | |
| 利用開始日 | 年　　　月　　　日 | | |

※　市記入欄

提出者