

年 月 日

紀宝町家族介護用品支給申請書

紀宝町長 様

申請者 住 所 _____
(介護者) 氏 名 _____
電話番号 _____

次のとおり、紀宝町家族介護用品支給事業を利用したいので申請します。

被介護者	氏 名	男・女		
	住 所	紀宝町		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 満 歳		
	要介護度	要介護4 ・ 要介護5		
現に介護している家族の状況	氏 名	続柄	住 所	連絡先
私は、紀宝町家族介護用品支給事業申請にあたり、必要があるときは、私及びその世帯員の課税状況について紀宝町が調査することについて同意します。 (被介護者氏名)				

(注 1)申請者は、現に介護している家族の方の名前でお願いします。家族がいない被介護者においては、被介護者の名前でお願いします。

(注 2)現に介護している家族の状況欄には、同一世帯の方の状況をお書きください。家族がいない被介護者においては、記入は不要です。

(注 3)課税状況については、1月から6月までの間に申請のあった場合は、前前年の課税台帳を、7月から12月までの間に申請のあった場合は、前年の課税台帳を調査します。