様式第１号（第４条関係）

広川町家族介護用品給付事業　受給申請書

　　年　　月　　日

広川町長　様

申請者　住　所　広川町大字

氏　名

　　　　　　　　　　　　　要介護者との続柄（　　　　　　　　）

電話番号

携帯番号

　広川町家族介護用品給付事業第４条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、本事業受給の可否を判定するにあたり、私の世帯の課税状況等を町職員が調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者が介護する者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 男 ・ 女 | 年　 　月　 　日生 |
| 氏名 |  | |
| 介護保険の要介護度  （該当するものを○で囲む） | | 要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ | | |
| 【特記事項】 | | | | |

※町記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険認定 | | 年度分課税状況 | | 判　定 |
| 要介護度　２　３　４　５ | | 本人 | 課　税 | 非該当 |
| 非課税 | 該当 |
| 認定日 | 有効期限 | 家族 | 非課税 | 月額　6,000円 |
| 課　税 | 月額　3,000円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付決定月 | 年　　 月分から | 給付券送付日 | 年　 　月　 　日 |