

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	フリガナ		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	
						非課税	
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		