

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	