

福山市家族介護用品支給申請書

要介護者名前		介護保険被保険者番号			
フリガナ					
		生年月日			
		年 月 日			
要介護者住所					
〒 福山市 町 丁目 番 号					
番地					
電話番号 () -					
要介護認定結果	有 → 右のあてはまる要介護度に■印をしてください。			<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	無 → 裏面の「■訪問調査承諾書欄」に記入してください。				
世帯状況	名	前	続柄	生年月日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
【注意】 1 要介護者と申請者（介護者）の属する世帯構成員全員を記入してください。					
2 続柄は、要介護者から見た続柄を記入してください。					
福山市長様					
家族介護用品の支給を申請します。					
なお、この申請に関して私の世帯の所得及び住民記録の調査に同意します。					
年 月 日					
住所 福山市 町 丁目 番 号					
番地					
申請者 (介護者) フリガナ					
名前					
電話番号 () -					
(※この欄は、要介護者と申請者（介護者）の世帯が異なる場合に記入してください。)					
この申請に関して私の世帯の所得及び住民記録の調査に同意します。					
年 月 日					
フリガナ					
要介護者 名前					

(裏面)

※ この欄は、要介護認定の申請をしていない場合のみ記入してください。

■ 訪問調査承諾書

私の要介護度について、訪問調査を受けることに同意します。	
年 月 日	
要介護者	名 前

■ 連絡票（調査日時打合せ用）

連絡先	名 前	電話番号() -
	住 所 (勤務先等)	
※勤務先等自宅以外へ連絡希望の場合は、勤務先等を記入してください。	確実に連絡が取れる時間帯	
その他		
※伝えておきたいことを記入してください。		

※ 福山市記入欄(この欄は記入しないでください。)

受付時確認欄				審査・入力等確認欄			
受付	40歳以上	要介護4・5	在宅	同居	決定年月日	非課税(介)	非課税(要)
支所出張所 受付者名					年 月 日		
					支給年月日		
					年 月 日 から		
提出者確認欄							
来庁者区分	名 前・続 柄			台帳入力	決定事項	備 考	
<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	(被保険者との関係) (名前)				<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当		