

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							
〒 ー 福山市 町 丁目 番 号							
番地							
電話番号 () ー							
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。				☐ 要介護4 ☐ 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 () ー							
(※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 ※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。	名 前 電話番号() —
	住 所 (勤務先等)
	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
☐ 本人・家族 ☐ その他 ()	(被保険者との関係) (名前)					☐ 該 当	
						☐ 非該当	