

(様式第1号)

## 福山市家族介護用品支給申請書

|                                                                           |      |                                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------|----------------------|
| 要介護者名前                                                                    |      | ② 介護保険被保険者番号                          |                      |
| フリガナ カイゴ タロウ                                                              |      | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6                   |                      |
| ① 介護太郎                                                                    |      | ③ 生年月日                                |                      |
|                                                                           |      | 1935 年 1 月 1 日                        |                      |
| 要介護者住所                                                                    |      |                                       |                      |
| 〒 720 - 8501                                                              |      |                                       |                      |
| ④ 福山市 東桜 町 丁目 3 番 5 号                                                     |      |                                       |                      |
| 番地                                                                        |      |                                       |                      |
| 電話番号 (084) 928 -1166                                                      |      |                                       |                      |
| ⑤ 要介護認定結果                                                                 |      | ⑥ → 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。          |                      |
| ⑥⑦<br>世帯状況                                                                | 名 前  | 続 柄                                   | 生 年 月 日              |
|                                                                           | 介護太郎 | 本人                                    | 1935 年 1 月 1 日       |
|                                                                           | 介護花子 | 妻                                     | 1936 年 1 1 月 1 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。<br>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。<br>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。<br>〇〇〇〇年 〇月 〇日     |      |                                       |                      |
| ⑧ 住 所 福山市 東桜 町 丁目 3 番 5 号                                                 |      |                                       |                      |
| 番地                                                                        |      |                                       |                      |
| 申請者<br>(介護者)                                                              |      | フリガナ カイゴ ハナコ                          | 電話番号 (084) 928 -1166 |
| 名 前 介護花子                                                                  |      |                                       |                      |
| (※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。<br>年 月 日                                  |      |                                       |                      |
| ⑨ 要介護者                                                                    |      | フリガナ                                  |                      |
|                                                                           |      | 名 前                                   |                      |

介護-2024.4.1

- ① 介護を受ける人の名前及びフリガナを記入してください。
- ② 介護を受ける人の被保険者番号を記入してください（被保険者番号は、被保険者証又は資格者証に記載されています）。
- ③ 介護を受ける人の生年月日を記入してください。
- ④ 介護を受ける人の住所及び電話番号を記入してください。
- ⑤ 介護を受ける人の要介護認定の有無に○をつけてください。要介護認定を受けている場合、さらに該当する要介護度にチェックをしてください。
- ⑥ 介護を受ける人の世帯全員の名前、介護を受ける人から見た続柄、生年月日を記入してください。
- ⑦ 介護する人と介護を受ける人が別世帯の場合、介護する人の世帯全員の名前、介護を受ける人から見た続柄、生年月日を記入してください。
- ⑧ 介護する人の住所、名前、電話番号を記入してください。
- ⑨ 介護する人と介護を受ける人が別の世帯の場合、介護を受ける人の名前を記入してください。

(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

|   |                                                   |
|---|---------------------------------------------------|
| ⑩ | 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。<br>年 月 日<br>要介護者 名 前 |
|---|---------------------------------------------------|

■ 連絡票（調査日時打合せ用）

|                                                     |                               |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| ⑪<br>連 絡 先<br><br>※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<br><br>電話番号( ) -          |
|                                                     | 住 所<br>(勤務先等)<br>確実に連絡が取れる時間帯 |
|                                                     | そ の 他<br>※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<br>出張所<br>受付者名                                                    |                    |        |     |     | 年 月 日             |                                                              |        |
|                                                                       |                    |        |     |     | 支 給 年 月 日         |                                                              |        |
|                                                                       |                    |        |     |     | 年 月 日<br>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<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | (被保険者との関係)<br>(名前) |        |     |     |                   | <input type="checkbox"/> 該 当<br><input type="checkbox"/> 非該当 |        |

- ⑩ 表面の⑤の欄で要介護認定「無」に○をつけられた場合には、訪問調査を行いますので、介護を受ける人の名前を記入してください。
- ⑪ 訪問調査の日程調整のための連絡先となりますので、必要事項を記入してください。