

小田原市家族介護用品支給申請書

年 月 日

小田原市長 様

申請者（介護している者）※本人申請はできません

郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

申請者の生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号(日中連絡が付きやすい番号) _____ - _____

配送希望先(以下にチェックを入れてください)

申請者(介護者)住所 本人住所

その他(以下に御記入ください。)

小田原市家族介護用品支給事業実施要綱に基づき、介護用品の支給について、次のとおり申請します。

介護を受けている者	住 所	郵便番号 _____ 小田原市								
	氏 名					電話番号				
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日				申請者との続柄				
	介護保険被保険者番号									
	要介護度					介護認定有効期間				
	居宅介護支援事業所等									
希望する介護用品	希望する介護用品を別紙より選択し、 番号を1つだけ 御記入ください。 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>									
家族介護用品の支給決定の可否のため、申請者（介護している者）及び介護を受けている者の属する世帯について、課税状況、住民基本台帳及び介護を受けている者の介護認定状況を貴職が照会することに同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">申請者氏名（自署）<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; display: inline-block;"></div></div>										

※裏面に続きます

<支給要件等の確認>

にチェックをつけてください。※必ず申請者が確認をしてください。

チェックがつかない箇所があった場合は、対象外となります（5と6を除く）。

1	<input type="checkbox"/>	介護を受けている者とその同一世帯全員が、市民税非課税である。
2	<input type="checkbox"/>	申請者(介護をしている者)が市民税非課税である。
3	<input type="checkbox"/>	職権調査で非課税の確認が取れない場合は、非課税証明書を提出します。
4	<input type="checkbox"/>	介護を受けている者は基準日時点で入院・入所はしていません。
5	<input type="checkbox"/>	申請者(介護をしている者)が市民税非課税であるが、他市町村に在住の場合は非課税証明書を提出します。 ⇒非課税証明書を提出してください。
6	<input type="checkbox"/>	今年1月1日に他市町村に居住していたが、申請時に小田原市にいる。 ⇒上記時点で在住していた市町村の発行する非課税証明書を提出してください。

※ここから下は何も書かないでください。

(市確認欄)

受付日	年	月	日	確認日	年	月	日	(年	月	日)
受付担当者	()			確認者	()			()			
調査結果	要介護調査(月 日) <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 非該当										
	介護を受けている者の市民税非課税調査(月 日) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税										
	申請者の市民税非課税調査(月 日) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税										
	要介護3の者にかかる排尿・排便について <input type="checkbox"/> 支給該当 <input type="checkbox"/> 支給非該当										