

小田原市家族介護用品支給申請書

小田原市長 様

申請日を記入して下さい。

令和〇年〇月〇日

申請者（介護している者） ※本人申請はできません

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住 所△△市△△町 123 番地

氏 名 〇〇 〇〇

市外の場合、非課税証明書の提出が必要になります。

申請者の生年月日 〇年 〇月 〇日

電話番号(日中連絡がつきやすい番号) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

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)

このように口にしを入れてください。

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	郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇 小田原市 △△町 300 番地				
	氏 名	□□ □□		電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	生年月日	〇年〇月 〇日		申請者との続柄	母	
	介護保険被保険者番号	□□□□□□□□				
	要介護度	要介護		介護認定有効期間	～	
	居宅介護事業所等(ケアマネジャーの事業所)	介護保険証に記載のある〇から始まる番号です。				
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。 					

申請者（介護している者）から見た続柄です。

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。

申請者氏名（自署）

申請者氏名の記入をお願いいたします。

※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	☐	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	☐	申請者(介護をしている者)が市民税非課税である。
3	☐	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	☐	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	☐	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出してください。
6	☐	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。

1～4にチェックがつく方が対象になります。

※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) ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 非該当										
	介護を受けている者の市民税非課税調査(月 日) ☐ 非課税 ☐ 課税										
	申請者の市民税非課税調査(月 日) ☐ 非課税 ☐ 課税										
	要介護3の者にかかる排尿・排便について ☐ 支給該当 ☐ 支給非該当										