

(記入例)

様式第1号 (第5条関係)

小田原市家族介護用品支給申請書

小田原市長 様

申請日を記入してください。

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

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 △△市△△町123番地

氏名 小田原 花子

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)

※配送可能範囲のみのお届けになります。

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)

該当箇所にし点を入れてください。

市外の場合、非課税証明書の提出が必要になります。

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	小田原 太郎	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		介護認定有効期間	
	居宅介護支援事業所等	介護保険証に記載のある0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。 <b>3</b>			
<p>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。</p> <p>申請者氏名(自署) <b>小田原 花子</b></p>				

申請者(介護している者)から見た続柄です。

介護保険証に記載のある0から始まる番号です。

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（6と7を除く）。

1	<input checked="" type="checkbox"/>	介護を受けている者が、市内に住所を有し、かつ現に居住している。
2	<input checked="" type="checkbox"/>	介護を受けている者とその同一世帯全員が、住民税非課税である。
3	<input checked="" type="checkbox"/>	申請者(介護をしている者)が住民税非課税である。
4	<input checked="" 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。
5	<input checked="" type="checkbox"/>	介護を受けている者は申請日時点で入院・入所はしていません。
6	<input type="checkbox"/>	申請者⇒非課税であるが、他市町村に在住である。
7	<input type="checkbox"/>	今年1月現在⇒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。

1～5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) <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住民税非課税調査( 月 日) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税										
	申請者の住民税非課税調査( 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										