様式第１号（第４条関係）

鉾田市社会福祉協議会　介護用品支給事業申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　鉾田市社会福祉協議会
会　長　岸田　一夫　様

申　請　者（対象者又は親族）
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
対象者との続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

介護用品の支給を受けたいので申請します。

介護用品支給事業申請に伴い、事業対象者の範囲及び支給基準等の判断に必要な情報を市に照会し確認することに同意します。

また、対象者本人は常時失禁状態にあることを確約します。

対象者	住　　所	鉾田市	電話番号	
	ふりがな		性　　別	男　・　女
	氏　　名		生年月日	明・大・昭 年　　月　　日生
	介護認定度	要介護　１・２・３・４・５		
	介護認定の有効期限	年　　月　　日　まで		
	特定疾病			
	身体障害者手帳	体幹機能障害　・　下肢機能障害　　級		
担当ケアマネージャー氏名 （事業所名）		（　　）		

※民生委員が記入してください。

担当地区民生委員氏名	

【下記事務局処理】

※支給基準（市照会・確認）

課税等の状況	課税（5万円超　・　5万円以下）　・　生活保護世帯	確認者㊞
介護認定度	要支援　・要介護　１・２・３・４・５	
身体障害者手帳	体幹機能障害　・下肢機能障害　　級	