

様式第1号（第4条関係）

おむつ等介護用品支給申請書

年 月 日

魚津市長 あて

申請者 住 所  
氏 名

(続柄 )

電話番号

下記のとおりおむつ等介護用品の支給を申請します。

|       |                              |        |                |     |
|-------|------------------------------|--------|----------------|-----|
| 氏 名   | ( 年 月 日生)                    | 男<br>女 | 住所             | 魚津市 |
| 支給理由  | 1 要介護 ( )<br>(居宅介護支援事業所名 : ) |        | 2 身体障害者手帳 ( 級) |     |
| 負 担 額 | 1 住民税課税世帯                    |        | 負担基準額の3割に相当する額 |     |
|       | 2 住民税非課税世帯                   |        | 負担基準額の1割に相当する額 |     |
| 委託事業者 |                              |        |                |     |
| 配達先住所 |                              |        |                |     |

上記申請に係る審査に必要な次の状況について、市が調査等を行うことに世帯員全員が同意します。

- 1 対象者の介護保険給付状況の調査
- 2 対象者の身体障害者手帳交付状況の調査
- 3 対象者の属する全ての世帯員の市民税課税状況の調査
- 4 魚津市おむつ等介護用品支給事業実施要綱第7条に規定する市長が指定する業者への負担区分の通知

氏名

印