

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)	住所	魚津市
支給理由	1 要介護 ( ) (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4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 対象者の介護認定状況及び身体状況の調査
- 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
- 5 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、相談支援事業所への当事業利用状況の提供

氏名