

第2号様式（第4条）

家族介護用品給付申請書

フリガナ 要介護者氏名				保険者番号		0	7	3	0	1	5
				被保険者番号							
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性別		男 ・ 女					
住 所		〒969- 桑折町									
要介護認定		要介護度		要介護4 ・ 要介護5							
		有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	性別	主たる介護者に ○ を つ け る				課税状況		
		要介護者							課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
									課税・非課税		
※別世帯の方が主たる介護者の場合、要介護者世帯構成の下欄に、主たる介護者世帯の状況を記入してください。											
桑折町長様											
上記のとおり家族介護用品の給付を申請します。											
令和 年 月 日											
住 所：〒969-											
申 請 者 桑折町											
(主たる介護者)											
氏 名： ⑩ 電話 ()											

町記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(世帯の課税状況を把握)
適 用 年 月 日	
年 月 日から	
有 効 期 限	
年 月 日まで	