

美濃加茂市介護用品支給申請書

美濃加茂市長（氏名）宛

介護用品の支給を受けたいので、美濃加茂市介護用品支給事業実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

○申請者（要介護高齢者等）

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所	〒 - 連絡先（ ） -		
送付先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所に送付（※記入不要） <input type="checkbox"/> 下記送付先に送付		
	〒 - (宛名)		
要介護状態区分 (該当に○)	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
認定期間	年 月 日～ 年 月 日		

申請者及び申請者と世帯を同一とする者は、美濃加茂市介護用品支給券交付に伴う審査に必要な以下の項目について、市担当者が調査することに同意します。

- (1) 要介護認定における認定調査票又は主治医意見書の状況
- (2) 美濃加茂市介護保険料納付状況
- (3) 市町村民税課税状況
- (4) 介護保険法第63条から第69条までに規定する保険給付の制限等の状況

	住所	氏名	生年月日	続柄
要介護 高齢者等				
同一世帯 の者				

○市記入欄

日常生活自立度	(障害) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 / <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (認知) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb / <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険料滞納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
保険給付の制限等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
支給の可否	<input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 支給
券面記載額	<input type="checkbox"/> 2,500円 <input type="checkbox"/> 1,700円 <input type="checkbox"/> 1,000円
総支給枚数	<input type="checkbox"/> 12枚 <input type="checkbox"/> 11枚 <input type="checkbox"/> 10枚 <input type="checkbox"/> 9枚 <input type="checkbox"/> 8枚 <input type="checkbox"/> 7枚 <input type="checkbox"/> 6枚 <input type="checkbox"/> 5枚 <input type="checkbox"/> 4枚 <input type="checkbox"/> 3枚 <input type="checkbox"/> 2枚 <input type="checkbox"/> 1枚

受 付 印