

様式第1号（第6条関係）

家族介護用具給付申請書

年 月 日

海南市長 様

申請者（介護者） 住 所 海南市  
氏 名  
（要介護者との続柄）  
電話番号

次のとおり、家族介護用具の給付を申請します。

また、給付要件である世帯の課税状況及び要介護者の身体状況その他の必要な事項について調査することに同意します。

要 介 護 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生( 歳)
	電話番号		介 護 度	要介護
	住 所	海南市		
介 護 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生( 歳)
	住 所	海南市		

（市記入欄）

1. 要介護者の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税
2. 要介護者の属する世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税（A） <input type="checkbox"/> 市民税課税（B）
3. 介護する家族の属する世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税（A） <input type="checkbox"/> 市民税課税（B）