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  |

|  |  |
| --- | --- |
| １．要介護者の課税状況 | □市民税非課税 |
| ２．要介護者の属する世帯の課税状況 | □市民税非課税（Ａ）　□市民税課税（Ｂ） |
| ３．介護する家族の属する世帯の課税状況 | □市民税非課税（Ａ）　□市民税課税（Ｂ） |

（市記入欄）