年　　月　　日

　　美咲町長　　あて

介護者　住所

氏名

美咲町家族介護用品支給申請書

　　家族介護用品の支給を受けたいので、美咲町家族介護用品支給事業実施要綱第5条の規定に基づき申請します。なお、受給資格について必要な場合は、公簿等により私及び私の世帯の市町村民税課税状況を確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護者  (介護するひと) | 氏名 |  | 性別 |  |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 要介護者  (介護されるひと) | 氏名 |  | 性別 |  |
| 住所 | 〒 | 生年月日 |  |
| 必要とする介護用品  （必要なものにチェックを入れてください） | | □　ドライシャンプー　　　　□　清拭剤  □　消臭剤　　　　　　　　　□　失禁パンツ  □　紙おむつ　　　　　　　　□　尿とりパッド  　　　　　　　　　　　　　　※消耗品であり、身に着けて使うものが対象 | | |
| 配達希望委託事業者  （希望事業者へ☑をしてください。） | | □株式会社 津山医研　　□株式会社 和三　　□西本薬品 株式会社  □松尾設備工業 株式会社 | | |

□　添付書類

市町村民税課税証明書(美咲町において市町村民税課税状況が確認できない場合)

|  |  |
| --- | --- |
| 町処理欄 | 市町村民税　　　　課税・非課税 |
| 要介護度　　　　　要介護　3　4　5 |
| 身体障害者手帳　　　　級 |