様式第２号（第１１条関係）

家族介護用品引換券交付申請書

年　　月　　日

天草市長　　様

住所
申請者　氏名
電話
（被介護者との続柄　　）

個人番号												

家族介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、決定に当たり、申請者及び被介護者の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

被介護者	ふりがな 氏　　名		個人番号	
			生年月日	性　別
			年　　月　　日生	男・女
	住　　所			
	要介護度	要介護　４　　要介護　５		
	事　業　所			
	介護用品の種　　類	必要な介護用品に〇を付けてください。 紙おむつ　尿取りパット　使い捨て手袋　清拭（しき）剤　ドライシャンプー その他市長が必要があると認める介護用品（　　）		
		介護用品が必要な理由を記入してください。		

※この欄は、居宅介護支援専門員が記入してください。

確認欄	申請者は　　年　　月　　日現在、在宅で被介護者を介護していることを確認しました。 所属　　氏名　　㊞