

様式第1(第6条第1項関係)

(宛先)東大阪市 福祉事務所長

年 月 日

申請者

住 所 東大阪市

氏 名

印

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。

### 東大阪市介護用品支給申請書

次のとおり、東大阪市介護用品支給事業の利用を申請します。

フリガナ			
要介護者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所	東大阪市 ( 様方)	明・大・昭	年 月 日生
		要介護度	要介護3・4・5
電 話 番 号		高額介護サービス費の 利用者負担段階	第1・第2・第3
被保険者番号		生活保護受給	有 ・ 無
居 住 状 況	在宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他( )		
介護保険料納付状況	納付している( 年 月まで納入) ・ 納付していない		
障害者総合支援法に基づく紙おむつの支給状況		受けている ・ 受けていない	
フリガナ			
家族介護者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所	東大阪市 ( 様方)	明・大・昭・平	年 月 日生
		要介護者との続柄	
電 話 番 号		年度世帯住民税	課税 ・ 非課税

### 同 意 書

私は、東大阪市が介護用品支給事業を利用するために必要となる私の住民税課税状況や介護保険の情報を収集すること、及び当該情報を必要に応じて東大阪市に提示することに同意します。

年 月 日

要介護者 住 所 東大阪市

氏 名

印

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。

家族介護者 住 所 東大阪市

氏 名

印

署名又は記名押印 署名の場合、押印は必要ありません。