

介護用品支給申請書

年 月 日

加西市長様

〒 _____
申請者 住所 _____
(家族)
氏名 _____
電話 (_____)

下記により、介護用品を受給したいので申請します。

記

利用者の状況

対象者	介護保険 被保険者番号		介護度	4 ・ 5
	住所	加西市		
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	男 ・ 女
配達の連絡先 ※必ず連絡が取れる 電話番号	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
不在時の連絡先 (配達先)	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
家庭の状況		一人暮らしである		
		家族と暮らしているが、日中は一人である		
		日中、家族が家にいる		
		その他 (_____)		
備考 (配達希望曜日時間・ 不在時の対応など) ※必ず希望に添える とは限りません				
担当ケアマネジャー	事業所		氏名	