

家族介護用品支給申請書 （ 年 月分）						
フリガナ		保険者番号		4	4	2
被保険者氏名		被保険者証番号		1	1	1
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女			
住所	〒	現在の状況	在宅・入院中・入所中		電話番号	
	氏名	生年月日	続柄	被保険者証番号		
世帯構成	世帯主					
	同居家族					
宇佐市長 是永修治 殿 上記のとおり関係書類を添えて家族介護用品の支給を申請します。 なお、私の家族介護用品支給に関し必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員又は生計を一にする者の収入状況、被保険者の医療機関受診状況について、宇佐市が官公署、その他関係機関に照会することに同意します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 印 電話番号 被保険者との続柄（ ）						
市記入欄						
区分	家族介護用品支給番号	介護保険被保険者証の確認欄		市町村民税課税状況	健康保険の状況	
		要介護	有効期間			
1 新規	—	4	年 月 日	非課税	・後期高齢者医療保険 ・国民健康保険 ・社会保険（本人） ・社会保険（被扶養）	
2 継続 第 回		5	年 月 日			
家族介護用品支給証明書発行		該 当 ・ 非該当		確認者氏名	Ⓜ	

※窓口対応時にチェックをお願いします。

同居所世帯	同居所世帯の課税状況	同居所世帯との生計関係 (生計の別確認票にて確認)	扶養主	扶養主の課税状況 (市外は確認票にて確認)	実際の居住地 (口答確認)
有・無	非課税・課税	同・別	有・無	非課税・課税	市内・市外