

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 1 1 1				
被保険者氏名				被保険者証番号					
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								
<p>宇佐市長 殿</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p> <p style="text-align: center;">被保険者との続柄 ()</p>									
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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			課税			
家族介護用品支給証明書発行		該 当 ・ 非該当		確認者氏名	(印)				

※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 (生計の別確認表にて確認)	扶養主	扶養主の課税状況 (市外は確認表にて確認)	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