

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														
宇 佐 市 長 様 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 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					
2 継続				・		～				・ 国民健康保険					
第 回				5		年 月 日		課 税		・ 社会保険（本人）					
										・ 社会保険（被扶養）					
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。

同住所世帯	同住所世帯の課税状況	同住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