（様式第４号）

おおい町すこやか介護用品支給事業利用申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　おおい町長　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　　　次のとおり、すこやか介護用品支給事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　　所 | おおい町　　　　　　　　　　　第　　　　号　　　番地 |
| 氏　　　名 |  |
| 要介護認定  区　　　分 | 要支援１　　要支援２　　要介護１　　要介護２  要介護３　　要介護４　　要介護５　　認定なし（　　　　相当） |
| 介　護　者 | 住　　　所 | おおい町　　　　　　　　　　　第　　　　号　　　番地 |
| 氏　　　名 |  |
| 対象者との  関　　　係 |  |
| 利用を希望  する取扱業者 | |  |
| 対象者の属する世帯の | | １．生活保護世帯  ２．町民税非課税世帯  ３．町民税課税世帯 |
| 介護用品支給事業の負担を決定するに当り、税部局に町民税の課税・非課税状況について照会されることに同意します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　受給者　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印    　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

* 世帯の課税状況のわかる書類の添付又は、上記同意書に記名・捺印お願いします。