様式第１号（第4条関係）

　年　　月　　日

五霞町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 申請者　住所

　　　　 氏名

電話番号

五霞町介護用品支給申請書

五霞町介護用品支給事業実施要綱（平成31年五霞町告示第9号）第4条の規定により，介護用品の支給を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　　名 |  | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 |  | | 年齢 | 歳 |
| 住　　所 |  | 連絡先 |  | |
| 障害等級 | 級 | | | |
| 要介護度  認定期間 | 要介護（　　）  年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 介護者氏名 | | 対象者との続柄 | | | |
| 現在の状況 | | | | | |

五霞町が，私の心身の状態及び疾病について必要な事項を調査することに同意します。

本人同意(署名)