

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

みよし市家族介護用品支給申請書

みよし市長 様 (申請者又は代理人)

住 所

氏 名

(対象者との関係 電話)

対 象 者	(ふりがな)		住 所 ☐ 申請者と同じ		
	氏 名		みよし市		
			電 話		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	介護保険認定結果	☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5			
希望する支給方法 ・介護用品	<u>どちらかを選んでください。</u>				
	☐ <u>介護用品現物を配布</u> () ☐ <u>給付券を配布</u>				
代理権授与	資格認定に必要とする要介護認定結果の閲覧に関し、所定の申請権限はみよし市長へ委任します。 年 月 日 対象者氏名				

これより下記は、記入しないでください。

介護保険認定結果	☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5	有効期間	年 月 日～
支給要件チェック	☐ 在宅で介護を受けている		
住民となった日	年 月 日		
認定結果	☐ 決定 ☐ 却下		