

第1号様式（第2条関係）

九重町在宅要介護高齢者家族支援申請書

（新規・継続） ←該当する方をまるで囲んでください。

年 月 日

九重町長 殿

住所：九重町大字 番地

行政区：

氏名：

電話番号：

介護用品の支給を受けたいので、九重町在宅要介護高齢者家族支援に関する条例第5条第1項の規定により申請します。

介護用品を使用する人について						
氏名		生年月日		年	月	日
要介護度		認定月日		年	月	日
介護者について						
家族介護者氏名 (2名まで記入できます)		続柄			続柄	
使用介護用品	紙おむつ 尿取りパット 使い捨て手袋 清拭剤					
備考						
以下の欄は、記入の必要がありません						
町 記 入 欄	要介護認定 有効期限	年 月 日～ 年 月 日				
	課税区分	本人非課税・世帯員課税	4,000円			
		非課税世帯	6,000円			
	給付月	年 月 日～ 年 月 日				

第2号様式（第2条関係）

証明書

支給対象者

住 所 九重町大字 番地 (行政区：)

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

紙おむつ等介護用品の使用状況について

.....

.....

.....

.....

.....

上記に相違ないことを証明します。また、在宅にて介護を受けていることを併せて証明します。

年 月 日

証明者の所属・氏名

所 属

氏 名

職種・資格

電 話 番 号

* 証明者（医師、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、町保健師）

税務資料の開示（閲覧）に関する同意書

令和 年 月 日

九重町長 日野康志 殿

住 所：九重町大字 番地

フリガナ

氏 名：

生年月日： 年 月 日

下記の事業の決定・実施のために、私・世帯員の税務資料の情報を税務課より提供を受けることに同意します。

記

(事業名)
九重町在宅要介護高齢者家族支援
(提供を受ける情報)
対象世帯の 年度町民税課税の有無。
(使用目的)
標記の事業は、対象世帯の課税状況により支給金額が変わる（課税：4,000円、非課税：6,000円）ため、対象世帯の町民税課税状況の確認が必要である。

(担当課：健康福祉課 介護保険グループ)