

年 月 日

加東市長 様

住所 加東市**社50番地**給付対象者 氏名 **加東 花子**電話 **43-0440****0\*0-\*\*\*\*-\*\*\*\***

介護を行っている方の情報をご記入ください。  
※携帯番号もご記入ください。

居宅介護支援事業所名 [〇〇居宅介護支援事業所]  
ケアマネージャー名 [ △△ △△ ]

次により、介護用品を給付されるよう申請いたします。

なお、加東市が介護用品給付の認定の際、要介護度、障害の状況及び課税状況について、調査すること及び加東市が業務の委託を行う事業所へ本申請書に記載された個人情報を提供することに同意します。

紙おむつ等を必要とされる方の情報をご記入ください。

## 1 要介護高齢者等の状況

住所	加東市 <b>社50番地</b>		
氏名	<b>加東 太郎</b>		
生年月日	<b>昭和12年 3月 4日</b>	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
給付対象者との続柄	<b>夫</b>	要介護度・障害等級	<b>要介護5</b>

家族の情報をご記入ください。

## 2 世帯員の状況

氏名	給付対象者との続柄	生年月日	備考
<b>加東 太郎</b>	<b>夫</b>	<b>昭和2年3月4日</b>	
<b>加東 花子</b>	<b>本人</b>	<b>昭和2年5月6日</b>	
<b>加東 一郎</b>	<b>長男</b>	<b>昭和33年4月5日</b>	
		年 月 日	

## 3 必要とする介護用品

品目	種類・予定数量等 (2箇月当たり)	備考
紙おむつ	別紙 介護用品請求一覧表のとおり	
尿取りパッド		
使い捨て手袋		
清拭剤		
ドライシャンプー		
その他 ( )		