様式第１号（第６条関係）

家族介護用品支給事業利用申請書兼届出書

　　年　　月　　日

東松島市長　様

申請者　住所　東松島市

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　（介護者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要介護者との続柄　（　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　）－

次の者に係る、家族介護用品支給事業の利用を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | 生年月日 |  |
| 氏　　名  (要介護者) |  | 要介護度 |  |
| ・要介護者は、市内の住所地にて居住しており、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等に入所していない。  ・要介護者は、医療機関に入院していない。  上記の申請内容に相違ありません。　署名 | | | |

|  |
| --- |
| （市処理欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印  被保険者番号：  　交付番号：　　　　　　号  　交付枚数：　　　　　　月分～　　　月分　　計　　　枚 |
|

次の事由により、受給資格を喪失したため、助成券を返還します。

* 転出　（転出日：　　　　　　　年　　　　月　　　日）
* 死亡　（死亡日：　　　　　　　年　　　　月　　　日）
* 要介護認定の変更　（要介護認定：　　　　　　　　　　）
* 施設へ入所又は医療機関へ入院（入所又は入院日：　　　　年　　　　月　　　日）
* 単身世帯に変更　（世帯状況変更日：　　　　　　　年　　　　月　　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

東松島市長　様

　　届出者　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　）－

　　　　　　要介護者との続柄　（　　　　　　）

|  |
| --- |
| （市処理欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付印  　　返還枚数：　　　　月分～　　　月分　　計　　　枚 |
|

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号　：