

## 在宅ねたきり老人等介護用品給付申請書

年 月 日

社会福祉法人

山北町社会福祉協議会長 様

申請者

住 所：

氏 名：

印

社会福祉法人山北町社会福祉協議会在宅ねたきり老人等介護用品給付事業運営要綱による介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		生年月日	明 大 年 月 日 昭 ( 歳)
	住 所			
	電 話		性 別	男 ・ 女
	対象者の状況	寝たきり・認知症・その他 ( )		
	介護保険料の段階	第 段階		
介護者	氏 名		対 象 者 との続柄	
	住 所		電話番号	
希 望 す る 介 護 用 品	紙おむつ テープ式パンツタイプ (S・M・L・LL) シートタイプ パンツタイプ (S・M・L・LL) ※リハビリパンツ 尿とりパット (男性用・女性用)			

※介護保険の保険料段階は、所得に応じて8段階に分かれています。

町から送付されている介護保険料の通知書等に記載してあるのでご確認ください。

また、どうしても段階がわからない場合は、山北町役場保険健康課へお問合わせください。

山北町役場保険健康課（電話：75-3642）

8段階の分類非該当の方については、山北町役場税務課で発行される町県民税証明書を添付してください。