

家庭介護用品支給申請書

利用者	氏名		生年月日	大昭	年	月	日
	住所	〒 399-310 高森町 電話(—)					

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護4又は5	世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 町民税非課税
------	----------------------------------	--------	---------------------------------

高森町家庭介護用品支給事業実施要綱に基づき、家庭介護用品の支給申請をします。
 また、上記請求に基づく費用の受領方を下記の者に委任します。
 なお、この支給決定審査の為、申請者の課税状況及び町税等納付状況の確認をすることに同意します。

令和 年 月 日

申請者(在宅介護者)

(住所) 〒 399-310
高森町

(氏名) _____ (印)

電話(—)

高森町長 様

受取人の氏名 及び事業所名 ・所在地	上記事項について、申請者より受領委任を受けたことを認めます。 〒 《郵便番号》 《住所》 《会社名》 《代表者名》 (印)
--------------------------	---

備考	
----	--