

様式第1号

吹田市家族介護用品給付事業利用申請書

年 月 日

吹田市長あて

※原則、申請者は高齢者を介護している家族であり、オムツ等を使用している要介護高齢者ではないので注意してください。  
また、ケアマネ等の事業者や民生委員が申請者は不可。

申請者  
(対象者)

住 所  
氏 名  
電 話  
要介護者との続柄

押印は不要

家族介護用品給付事業の利用を次のとおり申請します。なお、この申請に係る審査のために市職員が私及び私以外の世帯の者の市町村民税額について調査することに同意します。

要介護者	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )
申請の理由		

備考 申請者又は申請者以外の世帯の者が 年1月1日現在吹田市以外の市町村に居住していた場合は、これらの者の当該年度分（1月から6月までの間にあっては、前年度分）の市町村民税の課税状況を証する書類を添付してください。

※ 添付書類

- (1) 要介護者の介護保険被保険者証又は介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書の写し
- (2) その他 ( )

コピーを添付してください。  
※介護保険の要介護度が、要介護4又は要介護5でなければ、本サービスの対象とはなりません。  
また、在宅ではなく、入院中や施設に入所中の場合もサービスの対象とはなりません。