


# 介護用品支給申請書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者 (家族介護者)	住所 大阪市 区 電話番号 ( )
	フリガナ
	氏名印  (要介護者との続柄 )

介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

・太枠の中をご記入ください。・該当するものの口にしを付けてください。

要介護者 (介護を必要とする方)	フリガナ		生年月日 明・大・昭・西暦 . . ( 歳)	
	氏名		電話番号 ( )	
	住所	大阪市 区		
	要介護認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3で「排尿」又は「排便」が全介助		
	現在の在宅状況	確認欄 <input type="checkbox"/> 入院や施設入所しておらず、在宅で生活しています。		
	介護保険被保険者証番号			
世帯の状況 (世帯全員の記載が必要です。)	氏名	要介護者との続柄	生年月日	
	1	本人	明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	2		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	3		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	4		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	申請者(家族介護者)世帯の状況(要介護者と別世帯の場合)			
	1		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	2		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	3		明・大・昭・平・令・西暦 . .	
	4		明・大・昭・平・令・西暦 . .	

※以下の記入欄には記入しないでください。(保健福祉センター記入欄)

- 【添付書類】  税確認資料 ( )  その他 ( )  
【要介護者の要介護認定状況】  被保険者証で確認  認定通知書で確認  その他 ( )  
(要介護3の場合) 排尿： 全介助  一部介助  見守り等  介助されていない  
排便： 全介助  一部介助  見守り等  介助されていない  
調査不可： 認定調査票なし  その他 ( )

申請結果調書の内容により、介護用品の支給を決定します。 介護用品の支給を却下します。

決裁欄	起案年月日 . .	課長	課長代理	担当係長	係員	公印 審査	公印取扱責任者	文書主任
	決裁年月日 . .							

# 同意書

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者 (家族介護者)

住 所 大阪市 区
氏名印 

私が申請した介護用品支給の資格審査に関し、必要があるときは、私の市民税課税状況、要介護者の要介護認定状況及びその他必要事項について、関係公簿を閲覧されることに同意します。

(下記の者についても、必要に応じた関係公簿閲覧の承諾を得ています。)

## 【要介護者 (介護を必要とする方) の世帯】 ※世帯全員の記載が必要です。

住 所 ※該当する□にレを 付けてください。	フリガナ 氏 名	世 帯 主 との続柄	生年月日
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		本人	明・大・昭・平・令・西暦 . .
<input type="checkbox"/> 申請者と異なる ※異なる場合は住所を ご記入ください			明・大・昭・平・令・西暦 . .
大阪市 区			明・大・昭・平・令・西暦 . .
			明・大・昭・平・令・西暦 . .

## 【申請者 (家族介護者) の世帯 (要介護者と別世帯の場合)】 ※世帯全員の記載が必要です。

住 所	フリガナ 氏 名	世 帯 主 との続柄	生年月日
/		本人	明・大・昭・平・令・西暦 . .
			明・大・昭・平・令・西暦 . .
			明・大・昭・平・令・西暦 . .
			明・大・昭・平・令・西暦 . .

上記の各世帯の 年度分の市民 税にかかる扶養親族の うち、16歳～18歳の方	扶養者の氏名	扶養親族の氏名	合計 人数
			人

※「 年度分」には、介護用品支給申請日の属する年 (申請日が1月～6月の場合は前年) を記入してください。

(例) 申請日 令和元年5月7日の場合:平成30年度 令和元年7月1日の場合:令和元年度