

(表)
家族介護用品給付申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 郵便番号 (-)
住 所
氏 名
電話番号

次のとおり家族介護用品の給付を受けたいので申請します。なお、この給付を受けるに当たり所得確認、要介護度の確認等が必要な場合は、担当職員が課税台帳及び介護保険情報の閲覧を行うことを承諾します。

利用者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	住 所	摂津市 電話番号 ()			
	要介護度	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5)			
	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中(特養・老健・サ高住等その他施設)			
同居(同住所)家族の状況	氏名	続柄	年齢	利用者との世帯の状況(✓印)	在宅での介護者に✓印
				<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 同住所別世帯	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 同住所別世帯	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 同住所別世帯	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 同住所別世帯	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 同住所別世帯	<input type="checkbox"/>
※利用者が要介護3・4・5に該当する場合の注意事項 上記の「在宅での介護者」の□に✓印がある場合であって、分離世帯(上記の「□同住所別世帯」に✓印を付けた家族の世帯をいいます。)があるときは、当該分離世帯の世帯全員の当該年度分(4月から6月までの間に申請する場合は前年度分)の市町村民税の非課税を証明する書類の提出が必要です。 ただし、申請する年の1月1日現在(申請を1月から6月までに行う場合は前年の1月1日現在)に摂津市に住所を有する分離世帯員は、裏面に同意の記載をすることにより、証明書の提出に代えることができます。					
申請経路		本人・家族・ケアマネジャー・その他()			

添付書類 世帯全員の当該年度分(4月から6月までの間に申請する場合は前年度分)の市町村民税の非課税を証明する書類(申請する年の1月1日現在(申請を1月から6月までに行う場合は前年の1月1日現在)、摂津市に居住し、確定申告又は市府民税の申告をされている方は必要ありません。)

世帯の市町村民税課税状況	課税世帯(同一世帯・同住所別世帯)・非課税世帯(同一世帯・同住所別世帯)
--------------	--------------------------------------

上記の申請について、給付を決定してよろしいか。
申請を却下してよろしいか。

決定番号	決定内容	備 考
-	<input type="checkbox"/> 12,000円相当分 <input type="checkbox"/> 36,000円相当分 <input type="checkbox"/> 75,000円相当分	

(裏)

課税情報の確認に係る同意書

摂津市家族介護用品給付事業実施要綱別表第3号(年75,000円相当分)の給付の申請に当たり、資格確認のために利用者本人が属する世帯以外の世帯(分離世帯)に属する同居家族の所得の状況を、担当職員が課税台帳により確認することに同意します。

年 月 日

摂津市長 様

(住所)

(分離世帯員氏名) ※自署又は記名押印

(分離世帯員氏名) ※自署又は記名押印

(分離世帯員氏名) ※自署又は記名押印

(分離世帯員氏名) ※自署又は記名押印
