



雲仙市長 様

申請者 住 所 雲仙市千々石町戊 582 番地
 氏 名 雲 仙 花 子
 電 話 0957 (37) 〇〇〇〇
 要介護者との続柄 (妻)

雲仙市家族介護用品購入費助成事業において、家族介護用品購入費助成事業受給資格の認定を受けたいので、雲仙市家族介護用品購入費助成事業実施要綱第7条の規定により下記のとおり申請します。
 また、上記の申請による受給資格認定が決定となった場合、同要綱第3条に規定する毎月の介護日数を確認するため、貴市が関係医療機関等へ照会・調査することに同意します。

要 介 護 者	氏 名	雲 仙 太 郎	男・女	生 年 月 日	昭 和 ● 年 ● 月 ● 日 (●● 歳)
	住 所	雲仙市千々石町戊 5 8 2 番地			
状 態 区 分	要 介 護 度 (5)	要介護認定の有効期間 令和●年1月1日から令和●年12月31日まで			
	身 体 障 害 者	手帳番号() 種 級	交付年月日 年 月 日		
	精 神 障 害 者	手帳番号() 種 級	交付年月日 年 月 日		
介 護 用 品 を 必 要 と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介護を必要とする認知症 ※上記状態の開始時期 令和●年●月ごろから				
希 望 す る 介 護 用 品	1 紙おむつ 2 おむつ用防臭袋 3 リハビリパンツ 4 尿とりパッド 5 使い捨て手袋 6 濡れティッシュ 7 清拭剤 8 ドライシャンプー 9 口腔ケアスポンジ 10 口腔ケアウェットティッシュ 11 ポータブルトイレ用消臭剤 12 尿取りシート (使い捨てのものに限る。) 13 とろみ剤 14 入れ歯ケア用品 (義歯用ブラシ、洗浄剤、安定剤に限る。) 15 エプロン (使い捨てのものに限る。)				
確 認 欄	上記の者は、 <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態又は認知症で介護が必要な状態にあることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 寝たきり <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※この欄には記入しないでください </div> 年 月 日 職 名 氏 名 (印)				
備 考(この欄は、市が使用します。)					