令和　　　年　　月　　日

　　 波佐見町長　　 様

　　　　　　申請者（主介護者）　住 所　　波佐見町　　　　　　郷 　　　　番地

氏 名 　　　　　　　　　　　続柄 （　　　　）

電 話

**介護用品購入費支給認定申請書**

次の「職員による状況確認」に同意し、家族介護用品購入費支給の認定について、申請します。

＜職員による状況確認＞

　　　申請にかかる資料として、在宅被介護者の要介護度、介護保険サービス利用状況を波佐見町役場の職員が照会することに同意します。

1.申請内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在宅被介護者 | 　フリガナ | 生年月日 |
| 　氏 名 | T・S　　　　年　　　月　　　日　 |
| 　住 所　　波佐見町　　　　　　　　郷　　　　　 番地 | 介護度 | ３　４　５  |
| 支給を受けたい用品 | ・紙おむつ　・尿取りパット　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　備　考 |  |

2.支払希望口座（申請者の口座を指定してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関支店等 | （　　　　　　　　　　　　　　）銀行・農協・金庫支店名（　　　　　　　　　　　）※ゆうちょ銀行の場合、店番を記入してください。 |
| 口座番号 | （普通・当座） |
| 口座名義人 | カタカナで記入してください。 |
| 備考（申請者以外の口座を指定する場合の理由など） |

職員処理欄

□介護度確認　　□口座登録依頼（宛名番号　　　　　　　）