

様式第10号（第3条関係）

（家族介護用品支給事業）

家族介護用品支給申請書

令和 年 月 日

安来市長 様

介護者（申請者） 住 所\*  
氏 名  
電話番号  
要介護者との続柄  
要介護者 住 所  
氏 名

次のとおり家族介護用品支給の申請をします。なお、要介護者及び介護者の世帯員の課税状況について課税台帳等により調査されることに同意します。

要介護者氏名	
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生
住 所	
介護保険被保険者番号	
要 介 護 認 定	ア 要介護4 イ 要介護5
認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

※介護者が安来市外に在住の場合は、介護者の世帯の世帯員全員の市県民税課税証明書を添付してください。（該当年度の証明書を提出済の場合は除く。）

（安来市記入欄）

介護者世帯 非課税	要介護者 世帯非課税	在宅	備考