

徳島市家族介護用品支給事業利用申請書

徳島市長殿

申請者

住 所

フリガナ

氏 名

要介護者との続柄

電話番号

このことについて、次のとおり申請します。なお、この申請に係る所得・課税状況、世帯状況及び要介護者の状況を市長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

要介護者の状況	氏名			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	要介護状態区分	4・5・申請中		被保険者番号				
	世帯状況	1 在宅 2 病院（病院名 入院中であるが、 年 月 日退院予定。 ）に（病名 ）により						
同居家族の状況	氏 名	生 年 月 日		要介護者との続柄	介護者※	職 業	備 考	
希望のタイプ		紙おむつの サ イ ズ		尿取りパッドの 種 類				
配達先								
備 考		※要介護者を介護している者に○をつけてください。						

記入例

様式第1号

年 月 日

徳島市家族介護用品支給事業利用申請書

徳島市長殿

申請者
 住所
 フリガナ
 氏名
 要介護者との続柄
 電話番号

こちらは介護している人の住所、氏名等を記入して下さい。

このことについて、次のとおり申請します。なお、この申請に係る所得・課税状況、世帯状況及び要介護者の状況を市長が官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。

要介護者の状況	氏名	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	介護	要介護者の氏名等を記入してください。				
同居家族の状況	帯状況	2 病院（病院名）に（病名）により入院中であるが、平成 年 月 日退院予定。				
	氏名	生年月日	要介護者との続柄	介護者※	職業	備考
現在同居している方全員のお名前等を記入してください。						
希望のタイプ	紙おむつのサイズ	尿取りパッドの種類				
配達先	申請者の住所・電話番号と同じ場合は同上。					
備考	※要介護者を介護している者に○をつけてください。					

徳島市家族介護用品支給事業申請者状況調査票

要介護者氏名 _____

1 要介護者の介護状況 (配達の参考にさせていただきます)

	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00
月曜日													
火曜日													
水曜日													
木曜日													
金曜日													
土曜日													
日曜日													
備考													

2 居宅介護支援事業所 (入退院・入退所等、要介護者の異動状況を確認させていただく場合があります)

事業所名	
所在地	
電話番号	
担当ケアマネージャー氏名	

徳島市家族介護用品支給事業申請者状況調査票

記入例

要介護者氏名 徳島 太郎

1 要介護者の介護状況（配達の参考にさせていただきます）

	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00
月曜日				通所リハビリ									
火曜日													
水曜日				訪問介護									
木曜日													
金曜日				通所リハビリ									
土曜日													
日曜日													
備考													

2 居宅介護支援事業所（入退院・入退所等、要介護者の異動状況を確認させていただく場合があります）

事業所名	徳島居宅介護サービス事業所
所在地	徳島市幸町2丁目5
電話番号	088-621-5000
担当ケアマネージャー氏名	眉山 緑子