様式第２号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族介護支援事業利用申請書  年　　月　　日  八頭町長　　様  申請者  　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　電話番号  家族介護支援事業を利用したいので、下記のとおり申請します。 | | | | | | |
| 対　象　者 | | 住所　　八頭町 | | | | |
| 氏名 | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 要介護認定  の結果 | | 要支援　・　要介護(　　)  有効期間　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | |
| 希望する事業の種類(○印記入) | | | | | | |
|  | 介護用品支給事業 | | | | | |
|  | 家族介護慰労事業 | | | | | |
|  | 徘徊高齢者家族支援事業 | | | | | |
| 利用を希望する理由 | | |  | | | |
| 添付書類  　介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書又は介護保険被保険証の写し | | | | | | |
| 委　任　状  介護用品支給事業、家族介護慰労事業の利用を申請するに当たり、市町村民税課税状況等の把握に必要な情報並びに資料提供に関し、八頭町長に委任します。  　署名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |