

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

川辺町長 様

住 所
氏 名
電話番号

川辺町家族介護継続支援事業申請書

川辺町家族介護継続支援事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり介護用品の支給を申請します。

なお、世帯の所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

高 齢 者 の 状 況	氏 名			
	住 所			
	要 介 護 度	☐ 要介護4 ・ ☐ 要介護5		
	介護認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	ショートステイの 利 用 日 数	☐ 15 日未満 ☐ 15 日以上		
世 帯 員 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	* 市町村民税所得割課税額
				円
				円
				円
				円
				円
* 申請時点における支給階層区分 ☐ A ☐ B ☐ 非該当				
* ☐ 支給 ☐ 不支給				
年 月 日				
(調査員) 役職 氏名				

* 印は町記入欄のため、記入しないこと。