山武市家族介護支援事業申請書

年　　月　　日

（宛先）山武市長

家族介護支援事業の給付を受けたいので次のとおり申請します。
また、家族介護支援事業の給付決定に必要な市が保有する個人情報の利用に同意します。

申請者	住所	〒
	氏名	
	電話	

要介護者	住所	山武市
	氏名	
在宅状況（○で囲む）	・在宅　　・施設入所　　・入院等	
おむつ使用状況（○で囲む）	・常時使用　　・常時必要ない	
介護度（○で囲む）	要介護　５・４・３（条件付き）	

《申請者と要介護者の生計同一者確認》
・申請者と要介護者の生計同一者は全員記入ください。
・別の世帯に属する場合でも生計同一者は全員記入ください。
【添付書類】
・前々年の所得を確認するため、市区町村の発行する所得課税証明書（写し可）
・山武市において、前々年の所得を確認できる所得課税証明書が発行可能な方は添付不要。

氏名	続柄	生年月日	住所