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申請に係る給付対象要件を確認するため、市が介護認定の状況、身体の状況、住民登録状況、所得情報、市税等の納付状況について調査することに同意します。

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】

・市区町村の発行する所得課税証明書（写し可）（申請月が４月から６月までは前年度証明）

・山武市において、所得課税証明書が発行可能な方は添付書類不要

氏名	続柄	生年月日	住所