

家族介護用品の給付を受けたいので、伊達市家族介護用品給付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

また、私（主たる介護者）の属する世帯員及び要介護者の属する世帯員の以下の情報について、市長が確認することに同意します。

- ・世帯情報及び市民税の課税内容（住民基本台帳及び市民税課税台帳）
- ・介護保険サービス利用状況（ケアマネジャー・介護事業所への照会）
- ・給付券の引き換え内容等（指定薬局等への照会）

介護者	フリガナ			
	氏名	介護をしている方 ※通知の送付先になります		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	郵便番号 伊達市		
	電話番号			
	被介護者との関係			
給付要件（次のすべてに該当することを確認し、レ点を記入してください。）				
☐ 本市に住所を有している。				
☐ 市民税非課税世帯に属している。				
☐ 要介護者を在宅において、主に介護している。				
要介護者	フリガナ			
	氏名	介護を受けている方		
	生年月日	年 月 日		
	住所	郵便番号 伊達市		
	電話番号			
	給付要件		(次のすべてに該当することを確認し、レ点を記入してください。)	
☐ 本市に住所を有している。				
☐ 市民税非課税世帯に属している。				
☐ 現在、介護保険の要介護 4 又は要介護 5 の認定を受けている。				
☐ 現在、入院していない。				
現在、施設を利用している場合→		施設名		
担当ケアマネジャー		居宅介護		
送付先	(通知文等の送付先が介護者住所と異なる場合のみ) 郵便番号 ※上記介護者以外への郵送希望の場合、宛名と住所を記入してください			

赤枠内の項目に該当するか、☑を記入してください
※全て該当の場合、申請できます
※課税状況が不明の場合は、申請後に確認いたします

※「現在施設を利用している場合」
主には、施設入所やショートステイ、
その他有料老人ホームやサ高住など、
自宅以外で生活している場合にご記入
ください。