

様式第 2 （第 4 条関係）

在宅高齢者等家族介護支援事業利用申請書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話

在宅高齢者等家族支援事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

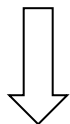
希望する 事業名	1 家族介護用品支給事業 2 ひとり歩き高齢者家族支援サービス事業				
利用者 氏 名		性別	男・女	生年 月 日	年 月 日
住 所					
ひとり歩きの 状況					
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	職 業	備 考
希 望 す る 内 容	1 家族介護用品支給事業		クーポン券 開始年月	年 月 日	
	2 ひとり歩き高齢者家族支援サービス事業		利用開始年月	年 月 日	

市記入欄

行政区		介護度	
市民税の状況	課 税 ・ 非課税	決定区分	決定 ・ 却下
調査年月日	年 月 日	調査員氏名	

注意

- 1、施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設）
の場合は常滑市の家族介護支援事業、社会福祉協議会の在宅介護応援
券ともに利用できません。
- 2、病院入院中の方で入院機関へ介護用品が持ち込める場合は社会福祉協
議会の在宅介護応援券が利用できます。



ご記入ください。

入院している病院名

- 3、介護支援専門員をご本人が利用されている方はご記入をお願いします。

介護支援専門員（ケアマネ）氏名

居宅介護支援事業所名