

受付

4年 4月 1日

(宛先) 山形市長

紙おむつを使用する方を介護している方の氏名を記入してください。
介護している方がいない場合は、申請者欄に使用者ご本人の氏名等をご記入のうえ、使用者欄は「同上」としてください。

給付事業利用申請書

の申請します。

ため、使用者の要介護認定状況、申請者及び使用料を閲覧することに同意します。

※太枠の中をご記入ください。

申請者 (介護している方)	住所	〒990-8540 山形市 旅籠町二丁目3番25号			電話	(641) 1212
	フリガナ	ヤマカタ イチロウ			使用者からの関係	
	氏名	山形 一郎			子	
世帯構成	世帯員全員の氏名を記入してください。					
	世帯員の氏名	続柄	年齢	住民税の合計額	市記入欄	
	山形 一郎	申請者本人	50		記入不要です。	
	山形 二郎	子	25			

使用者 (介護を受けている方)	住所	〒990-8540 山形市 旅籠町二丁目3番25号			電話	(641) 1212
	フリガナ	ヤマカタ タロウ			生年月日	
	氏名	山形 太郎			昭和17年 4月 5日	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 申請者と同一世帯（下欄の記入は不要です。） <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と別世帯（下欄に世帯員全員の氏名を記入してください。）					
	世帯員の氏名	続柄	年齢	住民税の合計額	市記入欄	
	山形 太郎	使用者本人	80		記入不要です。	
	山形 花子	妻	75			

該当する方にチェックを入れてください。