

介護用品給付事業 利用申請書

年 月 日

府中市長 様

申請者 住所 府中市 町 番地  
 氏名 \_\_\_\_\_ (押印不要)  
 利用者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )  
 電話 \_\_\_\_\_

介護用品給付事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		
	氏名	□申請者に同じ（再度の記入は不要）	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	住所	〒 府中市 町 番地 □申請者に同じ（再度の記入は不要）	
希望の用品	メーカー名	商品名（商品番号も記入してください）	数量

また、この事業の対象者要件を満たしていることを申し出ます。

※該当する□にチェック（✓）を付けてください。

（全てに該当する場合、対象要件を満たします。）

<input type="checkbox"/> 世帯の全員が、市民税が非課税です。 <input type="checkbox"/> 府中市で要介護4又は要介護5の要介護認定を受けています。 <input type="checkbox"/> 在宅（介護保険施設以外）で生活しています。
---

なお、対象者要件等この事業の利用の可否の審査に必要な事項について、府中市が調査及び確認すること並びに府中市がこの事業を委託する事業者の本申請情報を提供することに同意します。