

第1号様式（第4条関係）

鎌ヶ谷市家族介護支援介護用品支給申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

住所

申請者

氏名

要 介 護 者	氏 名	男・女	電 話 ()
	住 所		
	介護保険被保険者番号		要介護 4・5

介 護 者	氏 名	続柄（本人からみて）
	住 所（要介護者と同じ場合は記入不要）	
	電 話 ()	

希望品目

同意書

鎌ヶ谷市家族介護支援介護用品の支給決定に必要な市町村民税の課税状況について確認することに同意します。（同意しない場合は、別途課税証明書を添付して下さい。）

氏名

印

介護用品の品目等

番号	種類	規格	支給予定枚数	
1	パンツ型 (M)	1包 30枚入り	毎月1包	
	(L)	1包 27枚入り	毎月1包	
2	テープタイプ (M)	1包 26枚入り	毎月1包	
	(L)	1包 22枚入り	毎月1包	
3	フラット型	1包 50枚入り	毎月1包	
4	尿とりパット (普通)	1包 48枚入り	毎月1包	
5	シート型	1包 100枚入り	毎月1包	
6	使い捨て手袋	1包 100枚入り	毎月1包	
7	清拭剤	1個 500ml入り	隔月1個	
8	ドライシャンプー	1個 200g入り	隔月1個	
9	消臭剤	1個 200ml入り	毎月1個	
10	パットお尻拭き	1包 70枚入り	毎月1包	
11	部分型防水シート	80~100×140~160 (cm)	隔月1枚	

品目は、次の ~ の中からお選びください。

1番から4番までの中から1品目

6番から10番までの中から1品目

} 合計2品目

5番の場合は1品目

11番の場合は1品目