

府中町介護用品支給事業利用申請書

令和 年 月 日

府 中 町 長

(申請者) 住所 府中町

氏名

介護を受けている方との続柄()

次のとおり申請します。申請に係る住民基本台帳、町民税課税台帳等の調査について、府中町に同意します。なお、これらを調査・確認されることについては、介護者と同居する者の同意を得ています。

（介護者・申請者）方	フリガナ氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日
	電話番号	自宅電話(-) 携帯電話(- -)	
	町民税課税状況等	【町民税の課税状況(課税・非課税)】	
（介護を介護している）方	フリガナ氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日
	電話番号	自宅電話(-) 携帯電話(- -)	
	町民税課税状況等	【町民税の課税状況(課税・非課税)】	
	認定状況	要介護(3・4・5) 認定期間 平・令 年 月 日～平・令 年 月 日	

世帯状況(別世帯であっても、同居の方全員を記入してください。要介護者・介護者を除く)

氏 名	生年月日	町民税の課税状況
	大・昭・平・令 . .	(課税 ・ 非課税)
	大・昭・平・令 . .	(課税 ・ 非課税)
	大・昭・平・令 . .	(課税 ・ 非課税)
	大・昭・平・令 . .	(課税 ・ 非課税)
	大・昭・平・令 . .	(課税 ・ 非課税)

窓口聞き取り

希望のクーポン券	(625 円券 × 10 枚 / 6,250 円券 × 1 枚)
----------	--

