

令和4年度地域歳末たすけあい配分事業  
介護用品購入支援事業申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人  
志木市社会福祉協議会長 様

記入者 住 所 \_\_\_\_\_  
(代理事業所) 氏 名 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_

介護用品購入支援事業の利用を申請します。  
記

|      |                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------|
| 申請者  | ふりがな<br>氏名                                                |
|      | 住所                                                        |
|      | 電話                                                        |
|      | 要介護1・2      要介護3～5      障がい      難病等                      |
| 添付書類 | ・介護保険証写      ・障害者手帳写      ・医療受給者証写<br>※代理申請の場合、写しの添付は不要です |

※代理申請の場合

|     |             |   |                  |   |
|-----|-------------|---|------------------|---|
| 要介護 | 介護保険被保険者番号  |   | 認<br>定<br>期<br>間 | ～ |
| 障がい | 障害者手帳番号     |   |                  |   |
| 難病等 | 公費負担者・受給者番号 | ・ |                  |   |

次の欄に希望する数字を記入してください。

| 介護用品                                 | 希望数       | 種別      | 用品数   |
|--------------------------------------|-----------|---------|-------|
| 食事用エプロン2枚組                           |           | 要介護1・2  | 1品    |
| 防水シート                                |           | 要介護3～5  | 3品以内  |
| 浴槽滑り止めマット<br>サイズ【C・S】                | サイズ【    】 | 障がい、難病等 | 3品以内  |
| ポータブルトイレ消臭剤（100錠）                    |           | ※配達時記入欄 |       |
| 使い捨て手袋（プラスチック製、100枚×3）<br>サイズ【S・M・L】 | サイズ【    】 | 備考：     |       |
| 手指消毒剤（1ℓ）                            |           |         |       |
| 合 計 数                                |           | 配達日：    | 受領印 ㊟ |