

令和5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

申請日：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 氏名
	住所
	電話 (介護用品業者からの連絡を受けられる番号)
	介護用品業者への連絡事項： 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 ※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 定 期 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
食事用エプロン2枚組	
防水シート	
浴槽滑り止めマット サイズ【C・S】	サイズ【 】
ポータブルトイレ消臭剤(100錠)	
使い捨て手袋(プラスチック製、100枚×3) サイズ【S・M・L】	サイズ【 】
手指消毒剤(10)	
合 計 数	

種別	用品数
要介護1・2	1品
要介護3～5	3品以内
障がい、難病等	3品以内

※配達時記入欄

備考：

配達日： 月 日

受領印 ㊞