令和６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

　　　　　　　　　　　　(代理事業所)

　介護用品購入支援事業の利用を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 |  | | | |  |
| 住所　志木市 | | | |
| 電話（介護用品業者から電話があります） | | | |
| 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 | R　.　　.　　～  R　.　　. |
| 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 |
| 防水シーツ |  | 要介護３～５ | ３品以内 |
| 浴槽滑り止めマット  ｻｲｽﾞ【C・S】 | ｻｲｽﾞ【　　】 | 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**  **備考：**  **配達日：　　月　　日**  **受領印 　㊞** | | | |
| 使い捨て手袋（ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ製、100枚×3）  ｻｲｽﾞ【S・M・L】 | ｻｲｽﾞ【　　】 |
| 手指消毒剤（1ℓ） |  |
| 合　　計　 数 |  |