

令和8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8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 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
防水シート		要介護3～5	3品以内
浴槽滑り止めマット 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) サイズ【S・M・L】	サイズ【 】	備考：	
手指消毒剤 (10)		配達日： 月 日	
合 計 数		受領印 ㊟	