

様式第2号（第6条関係）

家族介護用品助成申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

介護用品の助成を受けたいので、次のとおり申請いたします。

対 象 者	氏 名		性 別	
	住 所	つくばみらい市		
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)		
	要 介 護 度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
	身 体 の 状 況	1 寝たきり 2 認知症 3 身体障がい者手帳所持 ( 級)		
介 護 者	氏 名		続 柄	
	住 所			
	電 話 番 号			

個人情報提供同意書

つくばみらい市家族介護用品助成事業の助成決定に当たって、私の属する世帯等の個人情報、市及び社会福祉協議会等に公開・提供することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_