

年 月 日

現 況 届

給付対象者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所	四街道市		電話番号	( )
給付対象者の区分	※ 該当するいずれかに○を記入してください。 介護認定要介護 ( 3・4・5 ) 身体障害者手帳 ( 1級・2級 )			
状況	1 在宅 ( ) 2 入院 ( 年 月から 病院名: ) 3 介護施設入所 ( 年 月から 施設名: ) 4 生活保護 ( 年 月から ) 5 その他 ( )			
介護用品の使用状況	※ 1日に使用する枚数を記入してください。 紙おむつ（紙パンツを含む） _____枚 尿取りパット _____枚			
同意書	介護用品給付の可否を決定するため、私及び私の世帯に係る市民税の課税状況及び生活保護受給状況に関する情報について、市の職員が確認することに同意します。			
	氏名	続柄	生年月日	
		給付対象者本人	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

備考 給付対象者及びその世帯のうちこの届出の提出を行う年の1月1日（1月から7月中に提出する場合は、前年の1月1日）に住民登録のない方は、前年の所得（1月から7月中に提出する場合は、前々年の所得）を確認できる書類を添付してください。