

豊田市介護保険特別給付費支給申請書

令和 年 月 日

豊田市長 様

次のとおり、豊田市介護保険特別給付費の支給を申請いたします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|-----------------------------|---|--|-------------------------------------|---|--|--|------------|--|--|--|--|--|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | 0 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 豊田市 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | - | | | | | | | | | |
| | 要介護度 | 要介護 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居宅介護支援事業者名 (なしの場合空欄) | <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス届出書 提出済み | | | | | | | | | | | | | | |
| お む つ 購 入 利 用 券 の 受 取 方 法 | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーから受取る →以下記入不要 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護保険課から受取る | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 | <input type="checkbox"/> 在宅または家族宅 | | | | | <input type="checkbox"/> 入院中 | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 施設（施設名： _____） | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡者 | <input type="checkbox"/> 本人または家族 | | | | | <input type="checkbox"/> 施設職員 | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | <input type="checkbox"/> 自宅 | | | <input type="checkbox"/> 施設 | | | <input type="checkbox"/> その他（下欄に記入） | | | | | | | | | |
| | 【住所】 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【氏名】 _____ | | | | | | | | | | （続柄 _____） | | | | | |
| | 【電話番号】 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |

豊田市記入欄

| | | |
|----------|------|--------|
| 登録処理年月日 | 整理番号 | 生保 |
| 令和 年 月 日 | | 該当・非該当 |
| 備考 | | |