様式第１号（第４条関係）

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 険 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） |  |
| □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 | □ケアマネジャーから受取る→以下記入不要 |
| □介護保険課から受取る |
| 所　在 | □在宅または家族宅　　　　　　　□入院中□施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡者 | □本人または家族　　　　□施設職員□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 送付先 | 　□自宅　　　　　□施設　　　　□その他（下欄に記入） |
| 【住所】 |
| 　ﾌﾘｶﾞﾅ【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 |  |