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 |  | | |