

(様式第1号)

### 佐々町介護用品支給申請書

ふりがな		被保険者番号																		
被保険者																				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5	性別	男・女												
住 所	佐々町	免	番地	電話番号																
認定期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日											
佐々町長 様																				
上記のとおり介護用品購入券の交付を申請します。 なお、決定に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況について、地方税法に基づく課税台帳等により確認されることに同意します。																				
平成 年 月 日																				
住 所 _____																				
(申請者)																				
氏 名 _____ 印																				

#### 町記入欄

交付年月日	平成	年	月	日															
摘要年月日	平成	年	月	日															
有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日										

受 領 書																			
平成 年 月 日																			
佐々町長 様																			
介護用品購入券 ( _____ ) 分を受領しました。																			
氏 名 _____ 印																			