

甲良町在宅高齢者等に対する紙おむつ等支給事業同意書兼調査票

記入日：令和 年 月 日

甲良町長 様

私は、「甲良町在宅高齢者等に対する紙おむつ等支給事業」のサービス支給を希望し、届け出た下記の個人情報を町が委託事業者に提出することを承諾します。
また、支給決定等に必要な住民税・固定資産税・軽自動車税・国民健康保険税（料）、介護保険料の滞納情報、および介護認定情報等について関係機関が調査することに同意します。

利用者： _____

代筆の場合：代筆者 _____ (続柄)

■利用者情報

氏名		生年月日	年 月 日
住所		TEL	
		FAX	
配達を希望する住所	<u>上記住所と異なる場合は記入</u> 湖東圏域の在宅介護施設(※1)のみ例外として配達を認める	TEL	
		FAX	
緊急連絡先	①	フリガナ	
		氏名	
		住所	〒
	②	フリガナ	
		氏名	
		住所	〒
		続柄	
		TEL (携帯電話)	
		続柄	
		TEL (携帯電話)	

同居の家族 有・無 ※有の場合、下記欄に記入

氏名： _____ [続柄] _____ 氏名： _____ [続柄] _____

氏名： _____ [続柄] _____ 氏名： _____ [続柄] _____

氏名： _____ [続柄] _____ 氏名： _____ [続柄] _____

※1 彦根市、甲良町、豊郷町、多賀町、愛荘町のグループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、介護付き有料老人ホーム等。

■備考欄

事業所名： _____ 氏 名： _____