

## 承 諾 書

私は、有田川町老人日常生活用具給付等事業に係る申請にあたり、以下のことについて承諾します。

(1) 私及び私の世帯員全員について、有田川町担当職員が有田川町の保有する以下の情報を閲覧すること。

- ① 住民基本台帳(又は外国人登録関係公簿)
- ② 介護保険制度受給の有無、受けている場合はその内容
- ③ 市町村民税の賦課状況
- ④ 生活保護の受給の有無
- ⑤ 身体障害者手帳等の受給の有無
- ⑥ その他、給付決定するために必要とする内容

(2) 電磁調理器については、給付決定し、支給された後は、速やかに現在の調理器と交換し、それを使用しないこと。

(3) 申請の内容について、介護予防事業の実施に必要な範囲で地域包括支援センターに情報提供すること。

上記ことについて、承諾します。

令 和 年 月 日

(申請者) 氏 名 印

### ※担当者確認欄

(1) 介護保険の有無	有	要支援 ( )	・	要介護 ( )
	無			
認知症の具合等				
(2) 市町村民税の賦課状況	課 税	・	非 課 税	
(3) 生活保護の受給の有無	有	・	無	
(4) 身体障害者手帳等の有無	有 ( )			
	無			
<p>※ 電磁調理器については、チェックリストを作成し、1に○がついていれば該当とする。その項目毎に集計、該当数を出し、運動機能、認知機能のいずれかに該当数以上あれば該当とする。各項目数ではまらない場合は、全体で14個以上あれば、該当とする。いずれにも該当しない場合は、認知症の具合等を詳しく聞き取る。</p> <p>※ ひとり暮らし老人の判断については、ひとり暮らし老人世帯調査票を確認する。または、その他関係機関に確認する。</p>				