

介護保険紙おむつ等介護用品支給サービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

以下のとおり、関係書類を添えて紙おむつ等介護用品支給サービスの利用を申請します。

申請者	住 所	※ご注意※ サービスを利用する <u>ご本人様</u> をご記入ください。 決定通知の送り先を変更したい場合は、別途送付先変更届出書のご提出が必要です。			
	氏 名				
対象者	住 所	申請者欄と同一になります(同上でも可)。		電 話	
	氏 名			生年月日	年
	被保険者番号	要介護認定	要介護	2以上	
居住区分		1 高齢者のみの世帯 2 ひとり暮らし 3 その他の世帯			
介助者	住 所	対象者の主な介助者をご記入ください。 事業所との連絡が可能な方ですと望ましいです。			電 話
	氏 名				続柄
担当ケアマネジャー	事業所名	電 話			
	氏 名				

申請理由	紙おむつが必要な理由	1 寝たきり 2 体力低下 3 感覚麻痺 4 認知症 5 その他 ()			
	紙おむつの使用状況	1 常時 2 その他 ()			
特記事項		「特記事項」には、申請理由を補足説明する場合などにご利用ください(特に無ければ空欄で構いません)。その際、生活の実態に即し、排尿や排便において介助や見守りが必要で、紙おむつが対象者の在宅生活の向上やご家族の負担軽減に資するものか、ご記入ください。			
利用予定の事業所		「サービス事業者リスト」から選択してください。 以下※の内容を確認のうえ、口にチェックをしてください。 ※予め、下記配達希望と取扱紙おむつ等について確認しました。□			
配達希望	場 所	1 対象者住所 2 店頭にて			
	時 間	1 なし 2 あり (午前 ・ 午後 ・ 16時以降)			
	曜 日	1 なし 2 あり (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日)			

前年所得税の課税状況	1 生活保護受給中 2 非課税 3 課税有 (課税額 円)
未記入の場合はこちらでお調べします。	

※本申請書には、以下の書類を添付してください。

- ・所得税の課税額が確認できる書類 (源泉徴収票など)

介護保険紙おむつ等介護用品支給サービス利用のために必要があるときは、沼津市が課税額を確認すること及び利用予定事業所等に、私の所得階層の判定結果、住民情報及び申請理	
記入日をご記入ください。	氏名 対象者様の氏名です。
年 月 日	氏名