様式第１号（第４条関係）

お　む　つ　支　給　申　請　書

年　　月　　日

射水市長

住所

申請者　氏名

（送付先）電話

次のとおりおむつの支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 射水市 | | | 電話 |  |
| 氏名 |  | | | 性別 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 要介護認定 | 要介護（３・４・５） | | | | |
| 現在の状況 | １　在宅（介護保険施設等に入所又は入院を除く。）  ２　軽費老人ホーム（ケアハウス）（　　　　　　　　　 ）  ３　サービス付き高齢者向け住宅（　　　　　　　　　　）  ４　有料老人ホーム（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 個人番号 |  | | | | |
| 世帯員 | 氏名 | | 続柄 | 生年月日 | 個人番号 | |
|  | |  | 年　 月　 日 |  | |
|  | |  | 年　 月　 日 |  | |
|  | |  | 年　 月　 日 |  | |
|  | |  | 年　 月　 日 |  | |
|  | |  | 年　 月　 日 |  | |
| 課税状況等の  確認調査の同意書 | | おむつ支給の支給決定に係る審査のため、私及び私の属する世帯員の課税状況等について、貴職が調査及び確認することに同意します。  年　　月　　日  利用者氏名 | | | | |
| 担当介護支援専門員 | | 上記の者は、在宅で常時おむつを使用している者であることを確認しました。  年　　月　　日  (事業所名)  ( 氏 名 )  ( 電　話 ) | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ※市記入欄 | １　受給者番号（　　　　　　）　２　要介護度（　　　　）  ３　所得制限（該当・非該当）　　４　課税世帯・非課税世帯 |