

近江八幡市在宅高齢者紙おむつ支給申請書

近江八幡市長 宛

近江八幡市在宅高齢者紙おむつ支給事業の家族介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
また、下記の対象者が支給の対象でなくなった場合は、直ちに近江八幡市長へ届け出ることを誓約します。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____（対象者との関係： _____）

電話（固定） _____（携帯） _____

家族介護用品の支給の決定を受けた場合は、本書に記載した事項について関係委託事業者へ情報提供すること並びに支給の可否を決定するために、対象者の世帯構成員全員の住民基本台帳、住民税課税台帳並びに対象者の介護保険料収納台帳等の関係公簿、介護認定審査時の認定情報及び主治医の意見書を、家族介護用品が支給されている間、関係市職員が閲覧することについて同意します。また、支給の対象でなくなった場合は、直ちに近江八幡市長へ届け出ることを誓約します。

年 月 日

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	(署名又は記名押印)	性 別	男 ・ 女
	住 所	☐ 申請者と同じ		
	電 話	☐ 申請者と同じ 固 定 携 帯		
	要介護認定	要介護 1・2・3・4・5	認定期限	年 月 日まで
	扶 養 状 況	市町村民税の扶養控除で 1 扶養親族となっている 2 扶養親族となっていない (1の場合は、以下の扶養控除者欄に扶養控除者の署名又は記名押印が必要です。)		
扶養控除者	扶養控除者の署名又は記名押印（課税状況の照会の同意を兼ねます。）			
	住所： _____			
	氏名： _____	生年月日 _____	年 月 日	
	_____ (署名又は記名押印)		対象者との関係（ _____ ）	

配達先	1 対象者宛 2 申請者宛 3 その他（裏面に記入してください。）
	※配達先は、近江八幡市内に限ります。

近江八幡市長 宛

上記申請の対象者が在宅で介護を受け、紙おむつ(リハビリパンツ含む。)を使用していることを確認します。

年 月 日

事業所等 事業所名 _____

氏 名 _____（署名又は記名押印）

電 話 _____

※ ケアマネジメントの契約をしているケアマネジャー(居宅介護支援事業所)による上記確認後、提出してください。

※ **入院・入所中の方は、不支給となります。支給決定後に入院・入所された場合は、必ずご連絡ください。**

※ 裏面にも記入項目がありますので、確認してください。

配達先（表面の配達先で「3 その他」を選択した方のみ記入してください。）

配達先	フリガナ		対象者との 関係	
	氏 名			
	住 所	〒 —		
	電 話	固定 携帯		

注）配達先は、近江八幡市内に限ります。

通知文書の送付先（申請者以外への送付を希望する方のみ記入してください。）

通知文書の送付先	フリガナ		対象者との 関係	
	氏 名			
	住 所	〒 —		
	電 話	固定 携帯		

※申請書の提出前に記入してください。

1	申請時点で、在宅で介護を受けている。（入院・入所中の方は対象外）	☐ はい ☐ いいえ
2	要介護認定を受けている。	☐ はい ☐ いいえ
3	要介護認定の期限は切れていない。	☐ はい ☐ いいえ
4	紙おむつを使用している。（パットのみを使用している場合は対象外）	☐ はい ☐ いいえ
5	介護保険料の滞納がない。	☐ はい ☐ いいえ
6	市町村民税非課税世帯に属し、かつ、税法上市町村民税課税者に扶養されていない。	☐ はい ☐ いいえ
7	生活保護を受給している。	☐ はい ☐ いいえ
8	近江八幡市以外の自治体を実施する紙おむつ等購入費助成サービスを利用していない。	☐ はい ☐ いいえ