

鹿屋市紙おむつ支給事業申請書

令和 年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋市紙おむつ支給事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、支給決定に必要な範囲で、要介護認定情報、住民税課税状況等について調査することに同意します。

申請者 (主たる介護者)	住所	鹿屋市						電話番号
	居所	※上記住所と同じ場合は記載不要 鹿屋市						
	フリガナ							生年月日
	氏名	大正・昭和・平成 年 月 日						要介護者との続柄
要介護者 (介護を受けている方)	住所	※申請者の住所と同じ場合は記載不要 鹿屋市						
	居所	※上記住所と同じ場合は記載不要 鹿屋市						
	フリガナ							生年月日
	氏名	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)						
	要介護認定等	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中					
	認定有効期間	平成 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
	被保険者番号							
状況確認	<input type="checkbox"/> 常時おむつが必要な状態が3か月以上継続している。(年 月から) <input type="checkbox"/> 1月当たりの在宅日数が20日以上である。(ショートステイ等の宿泊利用が10日以内) <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院していない。 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。							
世帯の 構成員 (上記者除く)	氏名	要介護者との続柄				生年月日		
						大正・昭和・平成 年 月 日		
						大正・昭和・平成 年 月 日		
担当の ケアマネ ジャー	事業所名							
	担当者					電話番号		
通知等の 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 要介護者の住所 <input type="checkbox"/> その他 ()							

※市確認欄

申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()						
要介護者の 市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	要介護認定情報等	1 障害者自立度判定	認定調査票 () ・主治医意見書 ()			
	<input type="checkbox"/> 課税 (非該当)		2 認知症自立度判定	認定調査票 () ・主治医意見書 ()			
			3 排尿・排便介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 介助されていない			
特記事項							担当者