

日付は、記入しないでください。

紙おむつ・介護用品助成資格認定申請書

年 月 日

南相馬市長

下記の内容に同意の上、次のとおり南相馬市紙おむつ・介護用品助成の利用を申請します。

1. 本申請にかかる所得制限有無の確認のため、**申請者及び使用者の全世帯員の税情報を閲覧すること**
2. 本サービスを受けるに当たり、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者、入所施設・病院、民生委員等へ調査内容を提示すること

1 申請者

氏名	南相馬 五郎	使用者との続柄	子
住所 (住民票)	〒975-8686 南相馬市原町区本町二丁目27番地	電話番号 (0244)	
利用券等送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 使用者住所と同じ 〒 -		

申請者様の押印をお願いいたします。

2 使用者

※当てはまる箇所に☑をつけてください。

フリガナ	ミナミソウマ タロウ	介護保険被保険者番号	0300000000
氏名	南相馬 太郎 (男・女)	生年月日	大正13年9月1日(00歳)
住所 (住民票)	〒975-8686 南相馬市原町区本町二丁目27番地 電話番号 (0244) 24-5239		
現住所	(住民票と異なる場合記入) 〒 -		
要介護認定	なし・申請中・要支援(1・2)・ 要介護(1・2・3・4・5)	認定期間	平成△△年8月1日～ □□××年7月31日
現状	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 施設・病院入所(院)中 (施設名 年 月 日から入所(院)) <input type="checkbox"/> 紙おむつは病院等に持込み <input type="checkbox"/> 紙おむつは病院等で用意し、使用者に請求あり その他特記事項 (特記事項があれば記入してください。) ()		

3 利用の状況

紙おむつ等の交換頻度	おむつ… (1)日に(8)回 尿とりパッド… (1)日に(3)回
1月当たりおむつ代経費	8,000円

利用状況確認のため必ず記入してください

4 調査員(ケアマネージャー等)記入欄

調査日	△△年 ○○月 ××日	調査員	○○ ××
寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
事業者・管理者名	事業所名△△△ 管理者○○○		
住所	〒975-0000 原町区□□町1-2-3 電話番号 22-0000		

A1またはIIa以上が要件です。