

日付けは空白で→

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。

- 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
- 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 ↓※申請者、使用者ともに南相馬市に住民票があること ※当てはまる箇所に☑をつけてください。

氏 名	南相馬 五郎	申請者様押印は不要です	使用者との続柄	子
住民票住所	〒975 — 8686	南相馬市 原町 区 本町二丁目27番地		
電話番号	0244 — 24 — 5239			
利用券等送付先	☒ 申請者住所に同じ ☐ 使用者住所に同じ			
	〒 —			

2 使用者

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	
住民票住所	〒975 — 8686	南相馬市 原町 区 本町二丁目27番地			
電話番号	— —				
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	令和△△年 8月 1日～ □□年 7月 31日	
現 状	☒ 在宅介護 ☐ 施設・病院入所(院)中 ☐ 紙おむつは病院等に持込み ☐ 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				
	施設名 ※介護保険施設、長期病院入院の場合は認定できません 年 月 日から入所(院)				

3 利用の状況

↓利用状況確認のため必ず記入してください

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	円

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	A1またはIIa以上が要件です。	
住 所	〒975 — 0000	原町区	
電話番号	— 22 — 0000		