

様式第1号（第5条関係）

# 家族介護用品給付申請書

(あて先)

年 月 日

新宮市長

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

## 対象者との続柄

対象者が失禁状態であり家族介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

|                                                                     |                                 |                                                                                   |  |  |                                |              |   |      |   |   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------|--------------|---|------|---|---|
| 対象者                                                                 | フリガナ<br>氏 名                     |                                                                                   |  |  | 要介護度                           | 1            | 2 | 3    | 4 | 5 |
|                                                                     | 住 所                             | ※新宮市新宮の方は、字名・付近の目印をご記入ください。<br>新宮市                                                |  |  | 前年度における本事業の利用状況<br>利用有り ・ 利用無し |              |   |      |   |   |
|                                                                     | 生年月日                            | 年 月 日 ( 歳 )                                                                       |  |  | 電話番号                           |              |   |      |   |   |
| 種類<br>※年間限度額<br>55,000 円                                            | 1 テープタイプ 品名 [ ] サイズ [ ] 個数 [ ]  |                                                                                   |  |  |                                |              |   |      |   |   |
|                                                                     | 2 パンツタイプ 品名 [ ] サイズ [ ] 個数 [ ]  |                                                                                   |  |  |                                |              |   |      |   |   |
|                                                                     | 3 フラットタイプ 品名 [ ] サイズ [ ] 個数 [ ] |                                                                                   |  |  |                                |              |   |      |   |   |
|                                                                     | 4 パッドタイプ 品名 [ ] サイズ [ ] 個数 [ ]  |                                                                                   |  |  |                                |              |   |      |   |   |
| 事業所名                                                                |                                 |                                                                                   |  |  | 担当者名                           |              |   | 電話番号 |   |   |
| 配達情報                                                                |                                 | ■配達先住所・連絡先氏名・電話番号（上記対象者情報と異なる場合）<br><br>■配達希望日 （ 月 火 水 木 金 ）<br>■配達希望時間 （ 午前 午後 ） |  |  |                                |              |   |      |   |   |
| 1. 市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることを確認することに<br>※同意しない場合は、非課税証明書を添付すること。        |                                 |                                                                                   |  |  |                                | 【同意する・同意しない】 |   |      |   |   |
| 2. 要介護認定結果を閲覧することに<br>※同意しない場合は、介護保険被保険者証の写しを添付すること。                |                                 |                                                                                   |  |  |                                | 【同意する・同意しない】 |   |      |   |   |
| 3. 前年度利用者ではない場合、要介護認定調査票を閲覧することに<br>※同意しない場合は、申告書のみで本事業利用の可否を判断します。 |                                 |                                                                                   |  |  |                                | 【同意する・同意しない】 |   |      |   |   |

|                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>【市担当者記入欄】</b>                                                                      | <b>確認者</b> |
| １． 市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることを確認しました。<br>２． 前年度の事業利用状況及び要介護認定調査票等に基づき、対象者要件に該当することを確認しました。 |            |

[illegible]