

令和 年 月 日

大川市長 殿

申請者 住所

(本人または家族) 氏名 印 (続柄)

※署名の場合は押印不要 電話番号

(代筆の場合) 代筆者氏名

申請者以外の提出代行者 住所 氏名 電話番号

介護用品(紙おむつ・尿とりパッド)給付事業利用申請書

介護用品給付事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用決定に際し、大川市の介護用品給付事業担当職員が介護保険の要介護認定・要支援認定に係る調査票及び主治医意見書を参考とすること、並びに市県民税の課税状況、市税の納付状況について関係部署から必要な情報を取得することに同意します。

1. 利用者

Table with 4 columns: 住所, 電話番号, ふりがな, 氏名, 男女, 生年月日, 施設入所の有無, 介護認定

2. 紙おむつ・尿取りパッドの使用状況

Table with 3 columns: 紙おむつ (パンツ型/カバー型), 尿取りパッド, 1日当りの使用枚数

3. 決定通知書送付希望先 (上記の申請者の方の住所と同一の場合は省略ください)

Table with 2 columns: 送付希望先, 住所 氏名 電話番号

市記載欄

上記サービス利用申請を 決定・却下 し、別紙により申請者に通知してよろしいか伺います。

Table with columns: 課長, 課長補佐, 係長, 係, 起案 令和 年 月 日, 決裁 令和 年 月 日, 介護度, ①障害自立度, ②認知症自立度, 市民税, 滞納, 施設入所

(介護認定有効期間: R 年 月 日 ~ R 年 月 日)

Table with columns: ①障害高齢者日常生活自立度, 自立, J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2, 排尿, 全介助 一部介助等 非該当

※①②の項目は、いずれかが太枠内の区分に該当していれば対象

(R4.7.26 改訂版)