

市川市在宅高齢者等紙おむつ給付申請書

市川市長

申請日の記入をしてください。

年 月 日

申請者 (本人・家族)	住 所	市川市八幡1-1-1
	氏 名	市川 太郎 続柄 (長男)
	電話番号	047 (334) 1111

下記のとおり紙おむつの給付を申請します。

記

住 所	市川市八幡1-1-1			
ふりがな	いちかわ はなこ			男 ・ 女
受給対象者 氏名	市川 花子			
生年月日	明治・大正・昭和 10年 1月 1日 (83 歳)			
電話番号	047 (334) 1111			
給付内容	品 番	パック数	点 数	サービス品 (有) ・ 無)
	15	1	4	品番を記入してください。
	26	2	6	
	41	1	2	
対象者区分	要介護 (3) ・ 4 ・ 5 (認定期間 年 月 日～ 年 月 日)			課税状況 課税 ・ 非課税

裏面も必ずご記入ください。

処理欄： 課税状況 介護度 福祉システム 配達先備考 送付先 (有・無)

現況調査	1. 現在市川市に居住していますか？ はい ・ いいえ	3. 紙おむつを常時使用していますか？ はい ・ いいえ 一日当たりの使用量 テープ止めタイプ 枚 パンツタイプ 2枚 パッドタイプ 3枚 その他 枚
	2. 居宅において介護を受けていますか？ はい ・ いいえ	
配達先	◎対象者住所以外に紙おむつの配達を希望する場合は、下記にご記入ください。 また、その理由について備考欄にご記入ください。	
	氏名	続柄
	住所 市川市	電話 ()
	(市川市外への配達はできません。)	
※ 備考	置き場所等、注意事項がある場合には、この欄に記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 不在時、玄関前配達 玄関前配達でも良い場合には、チェックを入れてください。

資格審査のため、課税状況及び介護認定区分の確認が必要となります。
市川市が保有する公簿等により確認することに同意する方は、下記に受給対象者の署名・捺印をお願いいたします。
また、確認することに同意したときは、給付資格の有無について、希望される方の口に「レ」を記入してください。

- 提出代行者に給付資格の有無について知らせることに同意します。
- 本人又は家族への連絡を希望します。

どちらか希望する方にチェックを入れてください。

の内容を確認しましたので、同意いたします。

年 月 日

受給対象者 市川 花子

市川

印

シャチハタ 不可

提出代行者	名称・氏名	該当に○→《家族(続柄/)・介護支援専門員・市川市高齢者サポートセンター》
	住所・電話 (自宅・勤務先)	〒 () 申請者以外の方が提出する場合はこの欄に記入してください。

申請日 年 月 日 受付者 ()