

市川市在宅高齢者等紙おむつ給付申請書

市川市長

年 月 日

申請者 (本人・家族)	住 所	
	氏 名	続柄 ()
	電話番号	()

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			
ふりがな				男 ・ 女
受給対象者 氏名				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
電話番号	()			
給付内容	品 番	パック数	点 数	サービス品 (有・無)
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 枚 パッドタイプ 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	<input type="checkbox"/> 不在時、玄関前配達

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。

年 月 日

上記の内容を確認しましたので、同意いたします。

受給対象者氏名 _____ 印

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)	〒 _____ 電話(昼間の連絡先) ()

申請日 年 月 日 受付者 ()