

市川市在宅高齢者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

市川市長

下記のとおり、市川市在宅高齢者等紙おむつ給付事業の利用を申請します。
なお、資格審査のため、課税状況、介護認定区分及び生活保護の受給の有無について、市川市が保有する公簿等により確認することに同意します。

受給対象者	住 所	市川市				
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏 名					
	電話番号	()				
給付内容	品 番	パック数	金 額	対象要件	要介護	3 ・ 4 ・ 5
			円		(認定期間	年 月 日～ 年 月 日)
			円		課税状況	課税 ・ 非課税 (対象外)
			円			
			円			
			円			
	合計金額 (6, 000 円以内)				生活保護の受給	有 ・ 無 (対象外)
	円					

裏面も必ずご記入ください。

担当課職員処理欄	
☐ 市民税が非課税である	☐ 生活保護を受給していない
☐ 締日時点の要介護が 3 以上である	☐ 送付先 (有 ・ 無)
☐ 合計金額が 6,000 円以内である	☐ 配達月 (月)
☐ 対象者が在宅で介護を受けている	
☐ 「排尿」又は「排便」の行為において見守り以上の介助が必要である (現況調査欄)	

現 況 調 査	1. 市川市に居住していますか？			はい ・ いいえ	
	2. ご自宅において介護を受けていますか？ (サービス付き高齢者向け住宅に居住している方は対象外)			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	
	4. 以下の行為について、該当するものにチェックを入れて下さい。				
	①「排尿」 □介助されていない □見守り・声掛けが必要 □一部介助 □全介助 (対象外)				
②「排便」 □介助されていない □見守り・声掛けが必要 □一部介助 □全介助 (対象外)					
配 達 先 ・ 連 絡 先	<u>原則、玄関前配達となります。置き場所に希望がある方は備考欄にご記入ください。</u>				
	<u>受給対象者の住所以外に配達を希望する場合（理由も備考欄へ記載）または、<u>受給対象者の電話番号以外に連絡を希望する場合は、下記にご記入ください。</u></u>				
	<u>※日時の指定や市川市外への配達はできません。</u>				
	配 達 先	住所	市川市	続柄	電話
	氏名				()
連 絡 先	フリガナ		続柄	電話	
氏名				()	
備 考					

原則、玄関前配達となります。置き場所に希望がある方は備考欄にご記入ください。

配達先	住所	市川市			
	フリガナ		続柄	電話	()
氏名					
連絡先	フリガナ		続柄	電話	()
	氏名				
備考					

給付資格の有無について、提出代行者に知らせることに同意する方は、チェックを入れて下さい。

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) ()