

市川市在宅高齢者等紙おむつ給付申請書

ROO年 OO月 OO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 八幡 1－1－1            |        |                       |                               |                   |
|          | フリガナ                                        | いちかわ はなこ                | 生年月日   | S OO年OO月OO日<br>( OO歳) |                               |                   |
|          | 氏 名                                         | 市川 花子                   |        |                       |                               |                   |
|          | 電話番号                                        | 0 4 7 ( 3 3 4 ) 1 1 1 1 |        |                       |                               |                   |
| 給付内容     | 品 番                                         | パック数                    | 金 額    | 対象要件                  | 要介護                           | 3 ・ 4 ・ 5         |
|          | ●●                                          | 1                       | 〇,〇〇〇円 |                       | (認定期間 ROO年OO月OO日～ROO年OO月 OO日) |                   |
|          | ▼▼                                          | 2                       | ▽,▽▽▽円 |                       | 認定期間内の申請が対象です                 |                   |
|          | ■                                           | 1                       | □,□□□円 |                       |                               |                   |
|          | 同一商品を複数注文する場合は、商品価格にパック数をかけた合計の金額を記入してください。 |                         |        |                       | 課税状況                          | 課税 ・ 非課税<br>(対象外) |
|          | 合計金額(6,000 円以内)                             |                         |        |                       | 生活保護の受給                       | 有 ・ 無<br>(対象外)    |
| ▲, ▲▲▲▲円 |                                             |                         |        |                       |                               |                   |

裏面も必ずご記入ください。

|                                                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 担当課職員処理欄                                                        |                                        |
| <input type="checkbox"/> 市民税が非課税である                             | <input type="checkbox"/> 生活保護を受給していない  |
| <input type="checkbox"/> 締日時点の要介護が3 以上である                       | <input type="checkbox"/> 送付先 ( 有 ・ 無 ) |
| <input type="checkbox"/> 合計金額が 6,000 円以内である                     | <input type="checkbox"/> 配達月 ( 月 )     |
| <input type="checkbox"/> 対象者が在宅で介護を受けている                        |                                        |
| <input type="checkbox"/> 「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） |                                        |

記入不要です

|                                                      |                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 市川市に居住していますか？                                     | <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ                                                                                      |
| 2. ご自宅において介護を受けていますか？<br>(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) | <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ                                                                                      |
| 3. 紙おむつを常時使用していますか？                                  | <input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> 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」                                                | <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声掛けが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>(対象外) |
| ②「排便」                                                | <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声掛けが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>(対象外) |

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、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。

|     |      |                          |    |    |     |
|-----|------|--------------------------|----|----|-----|
| 配達先 | 住所   | 市川市                      |    |    |     |
|     | フリガナ | 配達先が受給者の住所である場合は、記載は不要です |    |    |     |
|     | 氏名   |                          |    |    |     |
| 連絡先 | フリガナ |                          | 続柄 | 電話 | ( ) |
|     | 氏名   |                          |    |    |     |

|    |                                                                                                           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考 |                                                                                                           |
|    | 玄関前配達時の置き場所など注意事項がある場合は、この欄に記入してください。<br>配達先として受給者以外の住所を希望する場合、理由を記載してください。<br>なお、配達時間は指定できませんので、ご了承ください。 |

☐ 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。

申請日 年 月 日 受付者 ( )