

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			
			円			
			円			
			円			
			円			
		合計金額(6,000円以内)				生活保護の受給
			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)	

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」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り・声掛けが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (対象外)				
配 達 先 ・ 連 絡 先	不在時、玄関前配達を希望しますか？		はい ・ いいえ		
	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</u> に連絡を希望する場合は、下記にご記入ください。 玄関前配達をする際の置く位置にご希望等がある場合は備考欄にご記入ください。 <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		
		フリガナ		続柄	電話 ()
	連 絡 先	氏名			
		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。

提出代行者に給付資格の有無について知らせることに同意します。

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 ()