第１号様式（第６条関係）

逗子市在宅高齢者紙おむつ等支給申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　月　　日  　逗子市長  申請者　　住所  　氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（携帯）  （固定）  在宅高齢者紙おむつ等の支給を受けたいので、次のとおり申請します。 | | | | |
| 対象高齢者 | 住所 | 逗子市 | | |
| ふりがな  氏名 |  | 申請者からみた続柄 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（　　歳） | | |
| 要介護認定結果 | 要 介 護　 ３　・　４　・　５ | | |
| 現在の状況  ※該当する項目にレ  を付けてください。 | □　自宅（ショートステイ中を含む。）  □　有料老人ホーム・グループホーム入所中  入所施設名： | | |
| 申請者及び対象高齢者の世帯員全員の当該年度の市町村民税課税状況  ※該当する項目にレ  を付けてください。 | | □　申請者及びその世帯員全員が非課税  □　対象高齢者及びその世帯員全員が非課税  　　→申請者、対象高齢者又はそれらの世帯員が前年度の１月１日現在市外に居住している場合は、市外居住者全員の非課税を証明する書類を添付してください。 | | |
| 備　考 | | 決定通知送付先：申請者住所・対象高齢者住所  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  紙おむつ納品先：申請者住所・対象高齢者住所  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 対象高齢者の排尿又は排便時、介助又は見守り等が必要 | | |

私は、逗子市在宅高齢者紙おむつ等支給事業の支給の決定等に当たり必要があるときは、次の事項について関係機関に照会することに同意します。

１　対象高齢者の要介護認定結果及び介護保険サービスの給付実績等

２　対象高齢者の主治医意見書及び認定調査票の紙おむつ等の必要性等に関する事項

３　申請者及び対象高齢者の世帯員全員の市町村民税の課税状況

申請者氏名

対象高齢者氏名