

逗子市在宅高齢者紙おむつ等支給申請書

年 月 日

逗子市長

住所  
申請者（介護者）氏名 ⑩  
電話番号

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			
	ふりがな 氏名		申請者から みた続柄	
	生年月日	M・T・S	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。	<input type="checkbox"/> 自宅（ショートステイ中を含む。） <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 申請者及びその世帯員全員が非課税 <input type="checkbox"/> 対象高齢者及びその世帯員全員が非課税 →申請者及び対象高齢者又はその世帯員が前年度の1月1日 <u>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。</u>			
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（ ）			

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、次の事項について担当課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が属する世帯の世帯員全員の市民税課税状況（逗子市外に居住している者を除く。）

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

対象高齢者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩