

【 第1回(5月)・ 第2回(9月) 第3回(1月) 】

(宛先) 防府市長

年 月 日

申請者(家族介護者、独居の場合は使用者)

住所 防府市 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 0835 - _____ - _____

次の要件全てに該当するので下記のとおり紙おむつの給付を申請します。

- ① 本市で継続して在宅生活を送っており、本市の介護保険被保険者であること
- ② 紙おむつの使用者及び同居者全員が住民税非課税であること
- ③ 満65歳以上のねたきり高齢者又は認知症高齢者等、あるいは満65歳未満で特定疾病により介護保険法の要介護・要支援の認定を受けていること
- ④ **常時失禁状態にあり、排泄のたびに、おむつの交換が必要であること(尿漏れや夜のみのおむつ使用は除く)要介護認定の調査結果も参考に確認します。**

記

使用者	カナ氏名		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
	住所	防府市		
家族等の状況 <small>(使用者を除く)</small>	同居者及び介護者の氏名 <small>(住民票によらず孫等も含め実態について記入し、主たる介護者に○をしてください。この場合、介護者は常時寝泊りしておられる方が対象です。)</small>		続柄	住所 <small>(使用者の住所と異なる場合に、記入してください。)</small>
			T・S・H 年 月 日	
			T・S・H 年 月 日	
			T・S・H 年 月 日	
			T・S・H 年 月 日	
使用者以外への送付を希望する場合の送付先		送付先 住所 _____ 氏名 _____ 様方 _____		
防府市長が本申請に係る給付の適否を調査、決定するにあたり居宅介護支援事業所、地域包括支援センターまたは介護保険に関係する機関及び住民税課税事務を所管する機関に対し必要な事項を照会し、調査等依頼することに同意します。				
申請者 氏名(署名) _____				
使用者 氏名(署名) _____				
(代筆の場合) 代筆者氏名 _____				

確認事項	同居の別	在宅の状況	心身等の状況	在宅等確認者	所属・氏名
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 高齢者2人	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 保健師	