

横須賀市ねたきり等高齢者事業(出張理容等・寝具丸洗い・紙おむつ)申請書

(あて先) 横須賀市長

私は、本申請の支給決定に関して必要な、介護保険における要介護認定結果及び認定調査内容、保険料の納付状況、市税(※)を横須賀市長が調査することに同意します。

(※)は、紙おむつ支給のみ

記入日：令和 年 月 日

↓ *希望する事業の □ に ✓ を記入してください。

※入院中は申請できません。
※必要に応じ別紙を添付してください。

- ①出張理容等 対象者:要介護5~3
 - ②寝具丸洗い 対象者:要介護5~3 要介護2・1の方は、別紙「身体状態証明書」
 - ③紙おむつ 対象者:要介護5・4 要介護3の方は、裏面「排尿・排便等の状態確認票」
- ※有料老人ホームやグループホームを含む施設等に入所されている方は、③紙おむつの申請はできません。

*申請者 (サービス利用者)	住んでいる住所	〒 (方書・施設名) 横須賀市		
	介護保険証の住所	<input type="checkbox"/> 現在住んでいる住所と同じ 横須賀市		
	ふりがな		生年月日	大正・昭和 年 月 日
	氏名		65歳以上	(歳)
	介護保険被保険者番号		要介護度 (該当に○)	要介護 5・4・3 寝具丸洗いのみ 2・1
①②券の受取の可否	※現在住んでいる住所で、書留郵便(①出張理容等②寝具丸洗いの券)の受取はできますか? <input type="checkbox"/> 受取できる <input type="checkbox"/> 受取できない ⇒下部、送付先欄 ※1 を記入			
*連絡を受ける方	ふりがな		電話番号	※優先順にご記入ください。
	氏名		(1) (2)	
	申請者との続柄または事業所名			
①理容美容	◎どちらの出張を希望するか選択し、✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 理容師 ※希望店がない場合は記入不要です。希望店が担当とならないこともあります。 <input type="checkbox"/> 美容師 希望店名 () 店の場所 (町) ※散髪する時の姿勢について教えてください。 <input type="checkbox"/> 椅子等に座って <input type="checkbox"/> 寝たまま			
③紙おむつ	◎紙おむつ支給事業者(お店)を選択し、✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> グリーンスノー(株) <input type="checkbox"/> (有)グループライフサービス <input type="checkbox"/> (株)ケアポート介護のお店ふれあい <input type="checkbox"/> (株)成玉舎 <input type="checkbox"/> (株)ニチイ学館ニチイケアセンター横須賀 (50音順)		希望商品番号・個数	
*申請書提出者	氏名		電話番号	
	申請者との続柄または事業所名			
①②券の送付先	書留郵便(①出張理容等②寝具丸洗いの券)がお住まいのご住所で受け取れない方のみご記入ください。			
	住所	〒	続柄	
	氏名		電話番号	

太枠内をご記入ください。(※は必須項目)

本申請書および別紙の記載内容に疑義が生じた場合は、実態調査を行います。また、虚偽が確認された場合は、決定を取り消し等する場合がございます。

区分変更中の方は、介護度確定後の受理となりますのでご了承ください。

[R8.3 現在]

事務担当は、民生局福祉こども部介護保険課福祉サービス係(電話)046-822-8255

