

# 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、紙おむつ支給決定に関して必要な市税、介護保険における要介護認定結果及び要介護認定調査の内容等を横須賀市長が調査することに同意します。

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 ※要介護2・1、要支援2・1の方は利用できません。
- 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3~1、要支援2・1の方は、裏面「排尿・排便等の状態確認票」

*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	氏名	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
			<b>65歳以上</b>	
	介護保険被保険者番号		要介護度 (該当に○)	要介護 5・4・3・2・1 要支援 2・1 ←紙おむつのみ
	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)			
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。		希望商品番号・個数	
	<input type="checkbox"/> ㈱柴橋商会 <input type="checkbox"/> ㈱ケアポート介護のお店ふれあい			
	<input type="checkbox"/> ㈱成玉舎 <input type="checkbox"/> (有)グループライフサービス			
	<input type="checkbox"/> ㈱ニチイ学館ニチイケアセンター横須賀			
*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【※1】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。

受付者	認定区分： 介・支	認定期間 . . . ~ . . . 末	收受印
	①②決定日： . . . ① ( ) ② ( )		
	郵便・通送	③決定日： . . . 非 却下/ 税・基準・他	

【R6.5 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

