

横須賀市ねたきり等高齢者紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

(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。(注1)

申請者 (サービス利用者)	住所	(現在住んでいる住所) ※施設の方は、施設名までご記入ください。 〒 横須賀市 (介護保険被保険者証の住所) <input type="checkbox"/> 現在住んでいる住所と同じ				
	ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	氏名			65歳以上		
	介護保険被保険者番号 (注2)			要介護度	要支援・要介護 1・2・3・4・5	
(注1) 住民票が横須賀市以外の方は、非課税証明書を添付してください。 (注2) 介護保険の保険者が横須賀市以外の方は、介護保険被保険者証(写)を添付してください。						
使用状況	要介護4・5以外 の方は、おむつの種類、使用の頻度、必要とする理由等を記入してください。 (支給決定の際の判断基準となる場合がありますので、詳しくご記入ください。)					
支給事業者	事業者を選択し、レを記入してください。 <input type="checkbox"/> (株)柴橋商会 <input type="checkbox"/> (株)ニチイ学館ニチイケアセンター横須賀 <input type="checkbox"/> (株)成玉舎 <input type="checkbox"/> (株)ケアポート介護のお店ふれあい <input type="checkbox"/> (株)光洋 <input type="checkbox"/> (有)グループライフサービス				希望商品番号・個数	
事業者からの 連絡先	ふりがな			電話番号	※優先順にご記入ください。 ① ②	
	氏名					
	申請者との続柄または事業所名					
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					

支給要件を確認するため、必要に応じて他市町村へ調査します。また、認定申請中は要介護度が確認できないため決定までに時間がかかる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

《事務処理欄》		要介護認定	要支援： 1・2 要介護： 1・2・3・4・5	
受付者	<input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 通送		認定期間 ~	
		調査票： <input type="checkbox"/> 要件あり <input type="checkbox"/> 要件なし <input type="checkbox"/> 調査不要		
決定日	課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	
支給決定	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	No.	收受印	
《備考》				