

様式第1号(第6条関係)

筑後市介護用品給付申請書 (令和 年度分)

個人番号		被保険者番号			
対象者	フリガナ氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	日生
	住所	筑後市大字 TEL (- -)			
要介護認定結果		要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 未申請			
世帯員氏名		個人番号	性別	生年月日	
購入予定業者名		TEL (- -)			
結果の送付先	(対象者の住所地以外に送付先を希望する場合のみ、ご記入ください。)				
※対象者の住所地の場合は記入不要	〒 - (様方) 対象者との関係 ()				
紙おむつ使用の必要性について	紙おむつ使用枚数	1日あたり _____ 枚程度使用			
	紙おむつ使用頻度	昼夜使用 ・ 夜のみ使用			
	尿取りパッド	使用している (1日 ____ 枚程度) ・ 未使用			
※原則として、対象者のケアプランを作成しているケアマネジャーがご記入ください。	(上記の状況を確認・記入した者)				
	記入者氏名 :				
	事業所名 :				
	TEL (- -)		FAX (- -)		
筑後市長 様					
介護用品を受給したいので、上記のとおり申請します。					
なお、個人番号を利用し、市が対象者及びその属する世帯の世帯員全員の住民税関係情報について取得することに同意します。また、市が筑後市高齢者介護用品給付事業実施要綱第4条第2項各号の要件に該当するか調査確認することに同意します。					
令和 年 月 日					
申請者		氏名			
(被保険者本人)					
連絡先		住所			
(本人の場合は不要)		氏名			
		TEL (- -) 続柄 ()			

(裏面)
筑後市記入欄

住民税課税状況	年度 世帯課税・世帯非課税	
対象要件	① 1号被保険者（65歳以上）であるか ② 介護認定 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未申請 ③ 障害高齢者の日常生活自立度 C1 ・ C2 ④ 認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
	※要介護認定を受けていない者の場合のみ記入	確認年月日 年 月 日
	現況確認者：	
受給対象適合判定	適 ・ 非	
除外要件	① 生保受給 ② 施設入所 (施設名) ③ 入院 (医療機関名) (入院期間) ④ ストマ用具関連受給者 ⑤ 申請後、市外へ転出 ⑥ 申請後死亡 ⑦ その他 ()	
支給	決定 ・ 決定しない	