

大野城市介護用品給付サービス事業利用申請書

年 月 日

大野城市長 様

(申請者)

〒 _____
 住所 _____
 氏名 _____
 利用者との続柄（本人・親族： _____）
 電話番号 _____

大野城市介護用品給付サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。
 なお、判定に際して、市が介護保険認定関係書類、本人及び世帯の課税台帳並びに介護保険料の納付状況を開
 覧することに同意します。

1 利用者 申請区分（高齢者・障がい者）		※市記入欄（ _____ ）					
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 生			
		電話番号					
住所	〒 _____ 大野城市						
2 世帯の状況							
氏名	利用者との続柄	年齢	備考	氏名	利用者との続柄	年齢	備考
3 介護保険認定・手帳保有状況等							
要介護認定	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	認定有効期間		年 月 日から 年 月 日まで				
身体障害者手帳/療育手帳 年 月 日交付	手帳番号 [_____ 県・市第 _____ 号] 等級 [_____ 級] 障がい名 [_____] 判定 [_____]						
4 本人の状況・現在の健康状態・紙おむつの使用状況等							
(1)本人の状況	ア 現在入院（所）中 ※入院（所）中は 利用不可	イ 退院（所）の見込がある （ 月 日ごろ）	ウ 在宅で生活中				
(2)主病名		(3)主医療機関					
(4)現在使用している紙おむつの種類名							
5 給付を希望する紙おむつの品目（商品名・サイズ・数量）・納入希望業者名等							
<input type="checkbox"/> 納入業者と相談の上、給付品目を決定する <input type="checkbox"/> 以下のとおり給付を希望する							
品番	商品名	サイズ	数量				
納入希望業者名 _____							
納入に関する連絡調整先 利用者宛・申請者宛・その他（ _____ ）							
納入先（原則本人現住地） 利用者住所・その他（ _____ ）							
通知送付先 利用者住所・申請者住所・その他（ _____ ）							
※市記入欄							

※必要事項を記入し、該当するところに○印をつけてください。