

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

本人または同居、
帰来先の親族の
住所・名前で記入

(申請者)
〒 ー
住所 _____
氏名 _____
利用者との続柄 _____
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、課税台帳及び介護保険料の納付状況を一覧すること同意します。

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	〒 ー 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 介護保険認定状況 ※高齢者区分で申請される方のみ、記入をお願いします。

介護度	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認定有効期間	年 月 日から			年 月 日まで		
段階	() ※市記入欄					

4 手帳の保有状況

身体障害者手帳 年 月 日交付	無・有	手帳番号 [県・市第 号] 等級 [級] 障がい名 []
療育手帳 年 月 日交付	無・有	手帳番号 [県・市第 号] 判定 []

5 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、この事業を利用できません	イ 現在入院(所)中であるが、退院の見込がある (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			

6 給付を希望する紙おむつの種類名(商品名・サイズ・数量)・納入希望業者名等

品番	商品名	サイズ	数量

納入希望業者名 _____
 通知送付先 利用者住所・申請者住所・その他 ()

※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。

※医師による「おむつ使用証明書」は必要ありません。