様式第1号(第５条関係)

居宅介護用品券受給者認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | 介護保険被保険者番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| 要介護高齢者氏名 | | |  | | |
| 住所 | | | 〒  豊後大野市 | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度  認定期間 | 要介護　４　・　５  年　　月　　日  ～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | |
| 居住状況 | | | 在宅　・　施設　・　病院　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おむつ等を必要とする理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おむつ等交換等に対する介助 | | | 必要である　　・　　必要でない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | |
| 家族介護者氏名 | | |  | | |
| 電話番号 | | |  | | | 要介護高齢者との続柄 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  豊後大野市 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊後大野市長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、居宅介護用品券受給者認定の申請を行います。 　なお、本事業を利用するために必要となる要介護高齢者及び家族介護者の、世帯全員の住民税課税状況や介護保険情報を、市が収集することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 要介護高齢者 | | | 住所 | 豊後大野市 | | | | | | | | | | | | |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 家族介護者（申請者） | | | 住所 | 豊後大野市 | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | 氏名 |  | | | | | | | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※添付資料　要介護高齢者の介護保険被保険者証の写し、家族介護者（申請者）の滞納のない証明書、市長が特に必要と認める書類  ※注意事項  １　申請内容について市職員、地域包括支援センター職員が調査に伺うことがあります。  ２　おむつの交換等に対する介助についての判断は、直近の介護保険認定調査票の調査結果を参考にさせていただきます。  ３　要介護高齢者が居宅以外の場所で生活している場合は対象となりません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |