様式第１号（第４条関係）

紙おむつ等購入費支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　十日町市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　十日町市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

　下記のとおり、紙おむつ等購入費の支給を申請します。

　また、この事業の利用の決定を目的とした場合に限り、世帯課税状況を調査することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象者氏名 |  | | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 | 〒  十日町市  行政区（　　　　　　） | | | |
| 要介護度 | | １　・　２　・　３　・　４　・　５ | | |
| おむつが必要になった時期 | | 年　　　月頃から | | |
| 紙おむつの１日の利用状況 | | 使用状況　　１日中　・　昼間のみ　・　夜のみ | | |
| 種類と枚数　紙おむつ 　　　枚　補助パッド 　　枚  　　　　　　防水シーツ 　　枚 | | |

＊市確認欄　ここには記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査員氏名 |  | 調査年月日 | 年　　月　　日 | |
| 支 給 決 定 | 決定　・　却下 | 支給開始年月 | 年　　月 | |
| 市民税課税状況 | ・所得割課税世帯  ・均等割のみ課税世帯  ・非課税世帯 | 支給額 | 2,000円・4,000円 | |
| 決定（却下）理由 | * 常時、排泄障がいがあると判断したため. * 常時、排泄障がいがないと判断したため． * 所得割課税世帯のため.   ＜日常生活自立度：寝たきり度　Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２＞  ＜日常生活自立度：認知症度　Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ＞ | | | |
| 審査会日 | 年　　月　　日 | 要介護認定結果 | | 要介護 |