

年 月 日
受 付

令和 年度 寝たきり老人等紙オムツ給付申請書

鹿沼市長 宛て

鹿沼市寝たきり老人等紙オムツ給付要綱第4条の規定により申請します。なお、紙オムツ券の給付にあたり、私の市税等の納入状況や要介護認定状況等を確認することに同意します。

(紙オムツを使う人)申請者	氏名 (自署)	フリガナ	申請日	年 月 日	※窓口チェック欄 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		生年月日	大・昭 ()	年 月 日 (歳)		
		電話番号	-	-		
	住所	〒 - 鹿沼市 ※紙オムツ券は申請者宛てに送付します。				
	要介護認定状況	要介護 5 4 3 2				
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
私は次の要件に該当します。(該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)						
<input type="checkbox"/> 現在、在宅で生活をしている。 ※1 医療機関に入院中の方や施設等に入所または入居中の方は申請できません。 ※2 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスのみ利用し、在宅の期間がない方も申請できません。 <input type="checkbox"/> 寝たきり若しくは認知症等のため常時紙オムツを使用している。						
代行申請者	氏名	申請者との関係	申請者との関係	※代行申請者の確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証/職員証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		電話番号	-			-
住所		〒 - ※代行申請者がケアマネジャーの場合、住所欄は事業所名を記入してください。				

寝たきり老人等紙オムツ給付事務処理欄

指定ごみ袋交付申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(理由:)
-----------	---

審査	要介護認定状況 <input type="checkbox"/> (確認日 /)	住民番号
	市税等納付状況 <input type="checkbox"/> (確認日 /) 滞納 有・無	
給付の可否	可 枚(月~ 月分) 郵送 /	台帳番号
	否 交付済・要件非該当 (<input type="checkbox"/> 介護度 <input type="checkbox"/> 滞納 <input type="checkbox"/> その他())	