在宅介護支援紙おむつ等購入費助成申請書

年　　月　　日

　　常総市長　殿

申請者　住所

氏名

電話番号

　在宅介護支援紙おむつ等購入費の助成を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態 | (1)　要介護5　(2)　要介護4　(3)　要介護3 | | | | | | | | | | | |
| 保険料段階 | (1)　第1～3段階　(2)　第4～5段階 | | | | | | | | | | | |

　※この欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査の結果，適当と認めてよろしいか，伺います。 | | | | | | | 決定　　年　　月　　日 | |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | | 係長 | | 係 | 交付番号 | |
|  |  | |  | |  |
| 確認帳簿等 | (1)　住民基本台帳　　(2)　介護保険システム台帳照会  (3)　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 滞納  状況 | □あり  □なし | | 保険料段　階 | | □第1～3段階  □第4～5段階 | | 生活保護  受　給 | □あり  □なし |
| 排尿 | □全介助  □一部介助  □見守り等 | | 排　泄 | | □全介助  □一部介助  □見守り等 | | 日常生活自立度 | □Ⅲa　□Ⅲb  □Ⅳ　 □Ⅿ |