

様式第1号（第7条関係）

岩沼市高齢者等紙おむつ等支給申請書

年 月 日

岩沼市長 殿

申請者 住 所 岩沼市  
氏 名  
電話番号

紙おむつ等支給事業を利用したいので、岩沼市高齢者等紙おむつ等支給事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請に当たり、市が介護保険料率の算定に関する基準の該当区分（所得段階）、要介護認定情報、生活保護受給状況等を確認することに同意します。

対象者	住 所	岩沼市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
	電話番号		要介護度	要介護3・要介護4・要介護5
経 由 機 関 名 (申請代行の場合)		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (名称 ・氏名 ) <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 (名称 ・氏名 )		

ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

申請受付年月日	[対象者要件] <input type="checkbox"/> 要介護3以上 ( <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ) <input type="checkbox"/> (要介護3の場合のみ) 認定調査票の排尿又は排便の項目で次に該当 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> これらと同等 <input type="checkbox"/> 生活保護を受給している者、支援給付を受けている中国残留邦人等でない <input type="checkbox"/> 介護保険3施設、地域密着型介護老人福祉施設に入所中でない <input type="checkbox"/> 1月を通じて短期入所生活介護、短期入所療養介護を受けていない						
<input type="checkbox"/> 上記の申請について、要件に該当しないため、申請を却下してよろしいか伺います。 <input type="checkbox"/> 上記の申請について、次のとおり支給券を交付してよろしいか伺います。 介護保険料率の算定に関する基準の該当区分（所得段階） 第 段階 交付する支給券 第1～3段階 4,000円支給券 枚 (支給券No. ) 第4～5段階 3,000円支給券 枚 (支給券No. ) 第6～13段階 2,000円支給券 枚 (支給券No. )	決裁年月日 年 月 日 <table border="1"> <tr> <td>課 長</td> <td>係 長</td> <td>担当員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課 長	係 長	担当員			
課 長	係 長	担当員					