年 月 日

富士宮市紙おむつ購入費(配送費)助成申請書

富士宮市長 宛

 住
 所

 申請者
 氏
 名

 電話番号

次のとおり、富士宮市紙おむつ購入費助成券等の交付の申請をします。

	被保险	倹者番号		生年	月日		年	月	日
申請	フリ	リガナ		<u> </u>			,	,,	
	氏	名		年	齢				歳
者	住	所	₸						
情				電話	()	_	-	
報	要介護認定等		無・ 有(要支援1・ 2/	要介護	1 •	2 • 3	3 • 4	• 5)	
			居宅介護支援事業所:						
私は、このサービスを受けるに当たり、私の属する世帯の所得状況及び私の介護認定調査に係る									
個人情報を必要に応じて市が調査することに同意いたします。									
		年 月	月 申請者氏名						

						委	任	状		
委 (申	任請		住	所 .					-	
			氏	名					-	
	私に交付される紙おむつ購入費(配送費)助成券の受け取りを下記の者に委任します。									
			住	所					_	
受	任	者	氏	名					-	

受領欄

	利用者のアセスメント(必須)								
	※担当ケ	アマネジャー、地域包括支援センター耶	職員が記入してください。(本人記述不可)						
	記入日 所 属 記入者 連絡先	年 月 日	被保険者番号 対象者氏名 介 護 度						
	[] 内の該当するものについて、丸で囲む 又は記入してください。								
•)常時寝だ 立位保持が トイレまで 寝たきり <i>の</i>	ごの移動	[自立 ・ 要介助 ・ できない] [自立 ・ 要介助 ・ できない] [非該当 ・ 該当]						
•	トイレで材 自分で衣服 尿意・便意	#便に支障があるかどうか #尿・排便ができるか Bの着脱ができるか 意を自分で感じることができるか 原因となっている疾病など	[できる ・ できない] [できる ・ できない] [できる ・ できない]						
•	認知症につ	ついて医師から診断が出ているか ついて医師から診断が出ているか 诊断が出ている場合、疾病名を記入して	[出ていない ・ 出ている] [出ていない ・ 出ている] こください						
`	, , ,	分以上在宅での生活かどうか 力成券の希望の有無	[在宅 · その他] [高齢者のみ等のため希望有 · 無]						
<富	3 士宮市記 <i>フ</i>	- 人欄 >							
	◆市民税課税世帯又は要支援 1 ・ 2 、認定なし □ 年間 5,000 円: 1,000 円× 5 枚 紙おむつ 購入費 助成券 □ 年間 20,000 円: 1,000 円×20 枚 (申請日 4月1日~6月30日) □ 年間 15,000 円: 1,000 円×15 枚 (申請日 7月1日~9月30日) □ 年間 10,000 円: 1,000 円×10 枚 (申請日 10月1日~3月31日)								
	配送費 助成券	□ 該当 (枚) 高齢者のみ□ 非該当	等の世帯のため						