

様式第1号（第4条関係）

三郷市高齢者等紙おむつ支給申請書

三郷市長 へ

紙おむつの支給について、三郷市高齢者等紙おむつ支給事業実施要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

年 月 日

対象者	住 所	三郷市		
	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日 ( 歳)	
	自宅電話		携帯電話	
<input type="checkbox"/> 以下の事項について、市が調査することに同意します。 対象者及び世帯全員の所得状況、介護保険による認定状況及び生活保護受給の有無				
申請者	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ ※申請者は本人、親族のみ			
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者の住所と同じ		
	フリガナ		続 柄	自宅電話
	氏 名			携帯電話

※通知の送付先は申請者になります。内容に変更があった場合は、長寿いきがい課へ連絡ください。

【申請に関する問い合わせ先】

<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー(下記へ)			
事業者名		自宅電話	
氏 名		携帯電話	

※申請受付日の翌月から配達が始まります。郵便申請の場合は、消印日の翌月から配達となります。

希望する紙おむつ	別添「希望紙おむつ一覧表」のとおり		
配達内容	紙おむつ	<input type="checkbox"/> 対象者の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> その他(下記へ)	
	配達希望先	住所 三郷市	
		氏名 日中連絡先	
不在置き	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 【置き場所 <input type="checkbox"/> 玄関前 <input type="checkbox"/> 他( )】		

【対象者状況確認】

要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
	認定有効期間	年 月 日	～ 年 月 日
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> わからない		
備 考			

【市処理欄】

受給者番号	生活保護	課税状況	利用料	課 長	課長補佐	係 長	係
No.	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 1割				