

在宅高齢者等おむつ給付等申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

在宅高齢者等おむつ給付等事業を利用したいので、次のとおり申請します。
また、対象者は常時失禁状態にあり、常におむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

対 象 者 (おむつを利用する方)	フリガナ		生年月日	明・大・昭		
	氏 名	(※)		年 月 日	年 月 日	
		(※)対象者本人が申請するときで、本人が手書きしない場合は記名押印してください。				
	住 所	千葉市 区				
	居住地	千葉市 区				
	利用施設の 種類	☐ 有料老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ 養護老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 認知症共同生活介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 通所介護 ☐ 短期入所生活介護 ☐ その他 ()				
	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —				
	介護認定	要介護度 (○で囲んでください) 要介護 1 2 3 4 5				
要介護認定期間 年 月 日～ 年 月 日						
申 請 者	☐ 対象者 (以下記入不要) ☐ 対象者以外 (以下に記入)					
	フリガナ		続柄	対象者から見て		
	氏 名	(※)				
		(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				
	住 所	☐ 対象者住所と同じ (記入不要) ☐ 対象者住所と異なる (以下に記入)				
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)	— —				
連 絡 先	☐ 申請者 (以下記入不要) ☐ 申請者以外 (以下に記入)					
	氏 名		対象者との関係			
	住 所		連絡先			

添付書類 1. 配達相談連絡票 2. 介護保険被保険者証 (写)

●過去の給付状況

今回の申請は… ・初めての申請である。
・過去に給付を受けたことがある。
直近の給付期間： 年 月 日～ 年 月 日

調査同意書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

対象者(氏名)の千葉市在宅高齢者等おむつ給付等事業の利用にかかる審査のため、市が利用決定に必要な範囲で生活保護受給状況、市民税の課税状況、世帯状況並びに対象者の介護認定状況及び身体状況等について調査することに同意します。また、必要に応じて、納入業者に要介護度等の情報を通知することに同意します。

※上記内容に同意する方について、記入してください。

〔記入が必要な方〕

対象者ならびに対象者と同一住所地に居住する配偶者、六親等内の血族および三親等内の姻族

※以下に該当する方は、今年度の課税状況(4月1日から8月10日までに申請する場合は前年度の課税状況)が確認できる書類を添付してください。

- ①市外からの転入で、申請を行う年の1月1日(4月1日から8月10日までに申請する場合は前年の1月1日)に千葉市に住民登録がない方。
 ②他市町村で確定申告を行っている等の理由で千葉市に課税に関する情報がない方
 ③上記にあてはまらない方で課税状況調査に同意されない方

番号	氏名 (*)本人が手書きしない場合は記名押印	続 柄 (対象者から見て)	生年月日	収入状況 以下にチェック
1	フリガナ ----- (*)	対象者本人	明・大・昭・平 年 月 日	☐ 年金以外の収入がない ☐ 昨年の収入が0円である ☐ 家族の扶養になっている
2	フリガナ ----- (*)	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ 孫の配偶者 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()	明・大・昭・平 年 月 日	☐ 年金以外の収入がない ☐ 昨年の収入が0円である ☐ 家族の扶養になっている
3	フリガナ ----- (*)	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ 孫の配偶者 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()	明・大・昭・平 年 月 日	☐ 年金以外の収入がない ☐ 昨年の収入が0円である ☐ 家族の扶養になっている
4	フリガナ ----- (*)	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ 孫の配偶者 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()	明・大・昭・平 年 月 日	☐ 年金以外の収入がない ☐ 昨年の収入が0円である ☐ 家族の扶養になっている
5	フリガナ ----- (*)	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 孫 ☐ 孫の配偶者 ☐ 父母 ☐ 兄弟姉妹 ☐ その他 ()	明・大・昭・平 年 月 日	☐ 年金以外の収入がない ☐ 昨年の収入が0円である ☐ 家族の扶養になっている