

介護用品支給申請書

令和 年 月 日

滑川市長あて

常時おむつを使用しているので、次のとおり介護用品の支給を申請します。

申請者	住所		郵便番号	—
	氏名		電話	—
	居住状況	同居・別居	続柄	

対象者	住所		電話	—
	氏名		性別	男・女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)		
	① 介護保険	要介護 3・4・5		
		認定の有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	② 身体障害者手帳	等級 1級・2級		
		障害名		

振込先	金融機関名		口座番号	
	支店名		フリガナ	
	預金種目	普通・当座	口座名義	

この申請にあたり、対象者の要介護認定状況・障害者手帳受領状況及び世帯の市民税課税状況・介護保険料納付状況について、貴市職員が関係諸帳簿を調査・閲覧することに同意します。

申請者

※記入欄は裏面へ続きます

※市記入欄

課税状況	課税世帯・非課税世帯
支給対象月	3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・1・2
①購入金額	円
②申請金額(①×0.9)	円
③支給金額	円

在宅状況 ※要介護3の方または要介護3から要介護度の変更があった方は、必ずケアマネージャーに記入してもらってください。

① 対象期間中の間の入院・入所等 の有無	あり・なし
対象期間： 令和07年 3月から 令和08年 2月まで	

② ①で「あり」の場合、施設名・期間等を記入してください。

直近の認定情報	2-5 排尿 介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
認定日 年 月 日	2-6 排便 介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
サービス事業所	
ケアマネジャー	