様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

太宰府市長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　（続柄）

電話番号

太宰府市紙おむつ給付サービス利用申請書

太宰府市紙おむつ給付サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

なお、このサービスの利用において、必要な情報を関係機関に提供されること並びに市が介護保険に関する情報及び市民税課税台帳等を閲覧することについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　 日(　　歳) | | |
| 氏　名 |  | | | 電話  番号 | |  | | | |
| 住　所 | 〒　　－  太宰府市 | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 氏名 | | 対象者との続柄 | | 氏名 | | | | 対対象者との続柄 | |
|  | |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| 介護保険の認定状況 | | | 介護度 | 要介護 １　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日～　　 年　　 月　 日 | | | | | | |
| 本 人 の 状 況 | 1. 在宅 | | 2. 施設（グループホーム・有料老人ホーム等）に入所中  施設名（　　　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 主病名 | |  | | | 主医療機関 | | | |  |
| 1日あたりの紙おむつ等の使用枚数 | | | | 紙おむつ：約　　　　枚使用している  パッド　：約　　　　枚使用している | | | | | |
| 備　考 | □担当ケアマネジャー  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  電話番号  □業者からの連絡先  　氏名　　　　　　　　（続柄）　　　　　電話番号  □配達先（　自宅　・　施設　・　その他　）  　その他の場合の配達先住所：  □配達希望業者  　有（　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無  □配達希望商品  　有（No.　　　　　　　　　　　　　　 ）　・　無  ※希望業者及び希望商品がある場合は、一覧から選択してください。 | | | | | | | | | |