

年 月 日

坂井市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

続柄

坂井市すこやか介護用品（紙おむつ）支給事業申請書

介護用品の支給を受けたいので次のとおり申請します。

なお、申請にあたって対象者は下記「同意事項」について坂井市が行うことに同意します。

対象者	住 所	坂井市		電話	
	ふりがな 氏 名	(※) ※対象者本人が記名しない場合、押印してください。		生年 月 日	年 月 日
おむつ使用開始時期		年 月 日から	被保険者番号		
介護保険要介護度		要介護 1・2・3・4・5 （要介護1～3は「排尿」「排便」に該当する方）			
現在の居住地 ※坂井市外は対象になりません		☐ 住民票と同じ ☐ 住民票と異なる場合は居住地をご記入ください ()			
種 類	製 品 名	サイズ（丸を付けてください）	袋 数	< 1 か月の紙おむつ上限 > 要介護 1 まで 月 3, 0 0 0 円まで 要介護 2 ～ 3 月 4, 0 0 0 円まで 要介護 4 ～ 5 月 6, 0 0 0 円まで ※袋単位での支給となります。おむつの金額、袋入枚数は製品一覧表をご覧ください。利用者負担金は、課税世帯 1／3、非課税世帯 1／10 です。上限金額超過分は全額自己負担となります。	
テープ止めタイプ	リフレ	S ・ 小さめ M ・ M ・ L	袋/月		
	アテント	S ・ M ・ L	袋/月		
パンツタイプ	リフレ	S ・ M ・ L ・ L L	袋/月		
	アテント	S ・ M ～ L ・ L ～ L L	袋/月		
	ライフリー	M ・ L	袋/月		
パッドタイプ	アテント	尿とりパッドスーパー吸収男性用	袋/月		
	リフレ	男女兼用レギュラー	袋/月		
	マーヤ	スーパー尿パッドプラス	袋/月		
	エルモア	ワイドパッド男女共用	袋/月		
	リフレ	サラケアパッドビッグ	袋/月		
		スピードキャッチパッド	袋/月		
	ライフリー	パンツ用かんたん装着パッドレギュラー	袋/月		
		アテント	昼安心通気パッドふつうタイプ		
	夜 1 枚安心パッドふつうタイプ		袋/月		
夜 1 枚安心パッド特に多いタイプ	袋/月				
紙パンツにつける尿とりパッド	袋/月				
居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー			
< 同意事項 > ・利用者負担金確認のため、対象者及び世帯の住民登録資料の閲覧、介護保険料段階区分の調査 ・支給条件確認のため、要介護認定結果、認定調査票、サービス利用状況等介護保険情報等の閲覧、利用 ・配送事業者への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供 ・状況確認や利用調整のため、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所への情報提供、調査					
※ 2 号被保険者の場合は、世帯員全員の所得証明書 または、世帯全員の同意書を添付してください。					
市記入欄	介護保険料段階		決定通知・配達先	☐ 居住地のとおり	
	排尿・排便				

見 本

R 7 年 4 月 1 日

申請者 住 所 坂井市坂井町下新庄 1－1
氏 名 坂井 花子 続柄 妻
電話番号 0 7 7 6－6 6－1 5 0 0

坂井市すこやか介護用品（紙おむつ）支給事業申請書

介護用品の支給を受けたいので次のとおり申請します。
なお、申請にあたって対象者は下記「同意事項」について坂井市が行うことに同意します。

対象者	住 所	坂井市坂井町下新庄 1－1		電話	6 6－1 5 0 0	
	ふりがな 氏 名	坂井 太郎 (※) ※対象者本人が記名しない場合、押印してください。		生年 月 日	S 1 0 年 4 月 1 日	
おむつ使用開始時期		年 月 日から	被保険者番号		2 1 × × × × × × × ×	
介護保険要介護度		要介護 1・2・3 4・5 (要)				
現在の居住地 ※坂井市外は対象になりません		☒ 住民票と同じ ☐ 住民票と異なる ()				
種 類	製 品 名	サイズ (丸を付けてください)	袋 数	< 1 か月の紙おむつ上限 > 要介護 1 まで 月 3, 0 0 0 円まで 要介護 2～3 月 4, 0 0 0 円まで 要介護 4～5 月 6, 0 0 0 円まで ※袋単位での支給となります。おむつの金額、袋入枚数は製品一覧表をご覧ください。利用者負担金は、課税世帯 1／3、非課税世帯 1／10 です。上限金額超過分は全額自己負担となります。		
テープ止めタイプ	リフレ	S ・ 小さめ M ・ M ・ L	袋/月			
	アテント	S ・ M ・ L	2 袋/月			
パンツタイプ	リフレ	S ・ M ・ L ・ L L	袋/月			
	アテント	S ・ M ～ L ・ L ～ L L	袋/月			
	ライフリー	M ・ L	袋/月			
パッドタイプ	アテント	尿とりパッドスーパー吸収男性用	袋/月			
	リフレ	男女兼用レギュラー	4 袋/月			
	マーヤ	スーパー尿パッドプラス	袋/月			
	エルモア	ワイドパッド男女共用	袋/月			
	リフレ	サラケアパッドビッグ	袋/月			
		スピードキャッチパッド	袋/月			
	ライフリー	パンツ用かんたん装着パッドレギュラー	袋/月			
		アテント	昼安心通気パッドふつうタイプ			
夜 1 枚安心パッドふつうタイプ			袋/月			
夜 1 枚安心パッド特に多いタイプ			袋/月			
紙パンツにつける尿とりパッド	袋/月					
居宅介護支援事業所		坂井市△△居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	〇〇さん	
< 同意事項 > ・ 利用者負担金確認のため、対象者及び世帯の住民登録資料の閲覧、介護保険料段階区分の調査 ・ 支給条件確認のため、要介護認定結果、認定調査票、サービス利用状況等介護保険情報等の閲覧、利用 ・ 配送事業者への個人情報及び緊急連絡先等の情報提供 ・ 状況確認や利用調整のため、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所への情報提供、調査						
※ 2 号被保険者の場合は、世帯員全員の所得証明書 または、世帯全員の同意書を添付してください。						
市記入欄	介護保険料段階 排尿・排便	決定通知・配達先		☒ 居住地のとおり 決定通知・配達先を確認。		