

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	(※)		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3,000円まで 要介護2～3 月4,000円まで 要介護4～5 月6,000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・LL	袋/月			
	アテント	S・M～L・L～LL	袋/月			
パッドタイプ	リフレ	男女兼用レギュラー	袋/月			
	アテント	尿とりパッドスーパー吸収男性用	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	ビッグ				袋/月
		スピードキャッチパッド				袋/月
		パンツ用やわらかピットリパッド				袋/月
	アテント	昼安心通気パッドふつうタイプ				袋/月
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

R6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 0776-66-1500

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	66-1500
	ふりがな 氏名	坂井 太郎 (※) <small>※対象者本人が記名しない場合、押印してください。</small>		生年 月日	S10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	21XXXXXXX	
介護保険要介護度		要介護 1・2・3・4・5			
現在の居住地 <small>※坂井市外は対象になりません</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 住民票と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる ()		要介護度を確認。介護度によって紙おむつの上限があります。	
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3,000円まで 要介護2~3 月4,000円まで 要介護4~5 月6,000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・LL	2袋/月		
	アテント	S・M~L・L~LL	袋/月		
パッドタイプ	リフレ	男女兼用レギュラー	4袋/月		
	アテント	尿とりパッドスーパー吸収男性用	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	ビッグ	袋/月		
		スピードキャッチパッド	袋/月		
		パンツ用やわらかピットリパッド	袋/月		
	アテント	昼安心通気パッドふつうタイプ	袋/月		
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	決定通知・配達先	<input checked="" type="checkbox"/> 居住地のとおり
	排尿・排便		決定通知・配達先を確認。