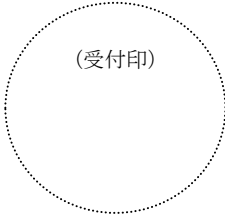


提出書類(1)

丹波市介護用品給付事業申請書



年 月 日

丹波市長 様

下記のとおり丹波市介護用品給付事業の利用を申請します。

記

申請者 (介護する人)	氏 名	(※ ¹)	生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日	性別	男・女
	住所(A)	〒 丹波市		続柄		※ ² 電話	(—

※¹ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※² 日中連絡が取れる電話番号を記入してください。

要介護者 (介護用品を 使用する人)	氏 名	生年月日		明・大・昭		年	月	日
		被保険者番号						
	住所(B)	丹波市			性別	男・女	年齢	歳
	要介護度	要介護 4 ・ 5						
	利用限度額	4, 0 0 0 円						
	介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
申請者及び 要介護者の 状況確認 (確認欄に☑を 入れてください)	1. 申請者及び要介護者は、市内に住所を有し、かつ居住して ☐ いる ☐ いない							
	2. 要介護者は ☐ 在宅 ☐ 入院 ☐ 施設入所 ☐ その他()							
	3. 同居家族（同居の家族がない場合は、市内に居住する家族を含む）が 要介護者を ☐ 介護している ☐ 介護していない							
	4. 要介護者は 1月のうち15日以上、入院・入所・ショートステイ等の利用を ☐ している ☐ していない (申請日より前3ヶ月間の平均で記入してください。)							
商品宅配先及びその連絡先 ※申請者と要介護者の住所が異なる場合 のみ記入してください。 ※該当項目に☑をつけてください。		☐ 住所(A) ☐ 住所(B)		宅配時の連絡先 (日中連絡が取れる連絡先を 記入してください)				() —

申請内容の確認をさせていただく場合がありますので、担当の居宅介護支援事業所を記入してください。

居宅介護支援事業所名	担当ケアマネジャー ()
------------	---------------

※別紙商品カタログから該当する商品を選択し、裏面の介護用品申込書に申込数等をご記入ください。

※市記入欄（以下は記入しないでください）

要介護度	☐ 要介護4	☐ 要介護5
申請者世帯所得状況	☐ 世帯非課税	☐ 世帯課税
要介護者世帯所得状況	☐ 世帯非課税	☐ 世帯課税
決定内容	☐ 給付する (年 月から)	☐ 非該当

提出書類(1)

介護用品申込書

宅配事業所の名称 ※希望する宅配事業所に☑をつけてください	☐ (株)石坪 ☐ コスモライフ北兵庫 ☐ 八千代ケアサポート(株)
----------------------------------	---

※別紙商品カタログの商品番号をもとに申込数(1ヶ月単位に利用する分)を下記にご記入ください。

種別	商品番号	サイズ等	申込数	種別	商品番号	サイズ等	申込数	種別	商品番号	サイズ等	申込数
外側の おむつ	1	S		外側の おむつ	18	L		内側の パッド	35	男女兼用	
	2	M			19	M			36	男女兼用	
	3	L			20	L			37	男女兼用	
	4	LL			21	S			38	男女兼用	
	5	M~L			22	M			39	男女兼用	
	6	LL			23	L			40	男女兼用	
	7	S			24	M			41	男女兼用	
	8	M			25	L			42	男女兼用	
	9	L		内側の パッド	26	男女兼用			43	男女兼用	
	10	LL			27	男女兼用			44	男女兼用	
	11	M			28	男女兼用			45	男女兼用	
	12	L			29	男女兼用					
	13	LL			30	男女兼用					
	14	S			31	男女兼用					
	15	M~L			32	男女兼用					
	16	L~LL			33	男女兼用					
	17	M			34	男女兼用					

【自己負担額確認表】 ※別紙商品カタログの宅配業務価格を参考にご確認ください。(③=①+②)

商品番号	単価(円)	個数	小計(円)	合計購入額	利用限度額 4,000円のうち1割 の金額①	利用限度額 4,000円を超えた 金額②	自己負担額 ③	合計 申込数
				(円)	(円)	(円)	(円)	(個)

提出書類(2)

同意書

丹波市長 様

私が申請した介護用品給付事業の資格審査に関し、必要があるときは、申請者及び要介護者のいる世帯の住民基本情報、市税等の課税状況、要介護者の要介護認定状況について関係諸帳簿を閲覧すること、並びに給付が決定したときは、市が指定する配送事業所に、配送時に必要となる情報を提供することに同意します。

また、利用限度額の9割に相当する金額を上限として、私が受ける介護用品給付費を配送事業所が代理で受領することを委任いたします。

年 月 日

申請者（介護する人）

住 所 丹波市

氏 名 (※)

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

要介護者（介護用品を使用する人）

住 所

氏 名 (※¹)

※¹ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※² 代筆をされた場合は、下記の代筆者欄に記入をしてください。

代筆者

住 所

氏 名

要介護者からみた続柄 ()