

年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

申請者 住所
氏名
電話 ()
利用者との続柄

鶴ヶ島市紙おむつ購入費支給申請書

鶴ヶ島市紙おむつ購入費の支給を受けたいので、鶴ヶ島市紙おむつ購入費支給に関する規則第 4 条の規定により次のとおり申請します。

対象者	フリガナ		年 月 日生	
	氏 名			
	住 所	鶴ヶ島市	電話	
	障害者福祉サービス(紙おむつ)給付の有無		給付あり ・ 給付なし	
該当要件	☐ 市の被保険者で介護保険の保険給付の制限がない 自己負担割合 <u> </u> 割			
	☐ 市内に住所(住民票)があり、市内の次のいずれかに住んでいる ☐ 在宅(入院中、介護老人保健施設等入所中は除く。) ☐ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム ☐ 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅 ※入所施設名: _____			
	☐ 要介護 1 以上 要介護 <u> </u> (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
	☐ 要介護認定の調査の判定基準が次のいずれかに当てはまる ☐ 障害高齢者の日常生活自立度 C 1 以上 ☐ 認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa 以上			
	【常時失禁状態についてケアマネジャー等の意見】		事業者名 担当者名	

【サービス利用に関する同意事項】

- ☐ 紙おむつの自己負担請求分は納期限までに必ず支払います。
- ☐ 利用者が入院または介護老人保健施設等に入所した場合は「休止」となることを理解しました。速やかに異動届（様式第3号）を提出し、配達業者に連絡します。
- ☐ 利用者が施設に入所・死亡した場合や辞退の場合には「廃止」となることを理解しました。速やかに異動届（様式第3号）を提出し、配達業者に連絡します。
- ☐ 下記取消し条項に該当した場合には、給付額の全額を返還します。
- ☐ 利用にあたり必要な情報をサービス提供事業所等へ提供することに同意します。
- ☐ サービス利用等の決定の際、必要に応じて世帯員の市民税課税台帳の閲覧をすること、要介護認定に係る調査結果を閲覧すること、及び関係者へ意見を求めることに同意します。

鶴ヶ島市長

上記について了承し、同意します。

年 月 日

対象者 氏名 _____

代筆者 氏名 _____

続柄 _____

【給付取消し条項】

- (1) 要件に該当しないことが判明したとき。
- (2) 自己負担額を支払わないとき。
- (3) 休止が6か月以上継続したとき。
- (4) 市長の許可なく他人に譲渡したとき。
- (5) 偽り又は不正の手段により給付を受けたとき。