様式第1号(第5条関係)

　　年　　月　　日

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用申請書

大洗町長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 被保険者との続柄 | | (　　　　　　　　　　) |

大洗町居宅要介護者支援事業実施要綱第5条の規定に基づき，紙おむつ等の支給サービスを受けたいので下記のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 申請内容 | | | | | | 新規　・　更新 | | | | | | | | | | |
|  |  | | 被保険者番号 | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 生年月日 | | |  | |  | | 年 | | | |  | | 月 | | |  | | 日 | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大洗町 | | | 電話番号 | | | (　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態 | 要介護　３ ・ ４ ・ ５ | 有効期間 | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記の１～４に該当することとなった場合には，速やかに届け出をし，その事由が生じた  翌月以降分の利用券を返還いたします。  記  １．要介護状態が変更となった場合。  ２．介護保険施設へ入所，または医療機関へ入院することとなった場合。  ３．転居，転出した場合。  ４．町民税の課税状況に変更があった場合。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

▼大洗町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 前回有効期間 | 年　　　月　　　日～　　年　　　月　　　日 | | |
| 町民税 | □課税　□非課税 | 町税等の滞納 | □有　□無 |
| 介護施設・医療機関 | 入所／入院日数　　　□適　□非 | | |
| 備考 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 身分証確認 | □運転免許証　　□マイナンバーカード　　□写真付の官公署発行の証明書  □介護支援専門員証　　□写真無しの身元確認証２点(　　　　　　　　　　　　　　) |