

在宅福祉衛生材料支給申請書【記入の仕方】

長浜市長 あて

申請年月日 令和*年 *月 *日

次のとおり申請します。

また、支給の可否を決定するために、対象者及び対象者と同一世帯に属する者の住民登録資料、税務資料その他必要な資料について、関係機関に照会されることに同意します。

対象者	フリガナ	ナガハマ ハナコ	生年月日	昭和●年 ●月 ●日
	氏名	長浜 花子		
	住所	〒52*-**** 長浜市▲▲町***番地 電話**** (**) ****		

次の項目すべてに該当する方が対象です。該当することを確認し、○をつけてください。
(①については、その内容を○で囲んでください。)

○	①要介護認定を受けている。	要介護3	要介護4	要介護5
○	②現在、在宅で生活しており、申請日前6か月のうち3か月以上在宅で生活している。			
○	③現在、常時おむつを使用している。			
○	④直近の市民税が非課税の世帯に属している。			
○	⑤「長浜市障害者日常生活用具給付等事業」の紙おむつ等の給付の対象とならない。			
○	⑥市税、介護保険料、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料を完納している。			

該当するものに「○」をしてください。
①～⑥のすべてが「○」であることが要件となります。

申請者	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 対象者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	ナガハマ タロウ	対象者との関係	子
氏名	長浜 太郎		
	〒52*-**** 長浜市○○町***番地 電話**** (**) ****		

ご記入ください。
※申請者が本人の場合は記入しなくて結構です。

※結果の送付先について（ご希望の送付先に○を付けてください。）

※無記入の場合は対象者に送付します。

対象者 ○申請者 その他（成年後見人など）

送付先がその他の場合 〒 _____ (電話)

(住所) ← _____ (氏名)

送付先に○を付けてください。
結果の送付先を、対象者や申請者以外にする場合は、その他に○を付け、送付先を記入してください。

申請書の提出先：健康福祉部 長寿推進課