

在宅福祉衛生材料支給申請書

長浜市長 あて

申請年月日 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		生年 月日	年	月	日
	氏名					
	住所	〒 ー 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。	

申請者	□対象者本人 □対象者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		対象者との 関係	
氏名			
住所	〒 ー 電話 ()		

※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 〒 ー 電話 ()

(住所)

(氏名)

(続柄)

申請書の提出先：健康福祉部 長寿推進課