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 | 〒　　　　　－電話　　　　（　　　　　）　　　　　 |
| 申請日時点において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、〇をつけてください。（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、在宅で生活している。 |
|  | ③現在、常時おむつを使用している。 |
|  | ④本年度（４月又は５月の申請にあっては、その前年度）において、支給対象者と同じ世帯の全員が、市民税非課税である。 |
|  | 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 | 〒　　　　　－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〒　　　　－　　　　（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