様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　湯沢市長　様

紙おむつ費支給券支給申請書

　紙おむつ費支給券の支給について、湯沢市紙おむつ費支給規則第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者兼対象者　同意事項 | |
| □ | 本申請以降、継続して支給を希望しますので、本規則が廃止となるまでの毎年度において、  私の世帯員全員の市町村民税課税状況を閲覧・調査する事について同意します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者兼対象者 | 区分 | □　新規(　　年度分) □　変更(要支援から要介護になり、追加交付が必要な方) | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号(　　　　)　　　　― | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援　１　・　２　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出代行者 | フリガナ |  | 申請者との関係 |
| 氏名  (名称) |  | 家族・介護支援専門員・施設職員  その他(　　　　　　　　　　　) |
| 住所  □ 申請者  に同じ | 〒  電話番号(　　　　)　　　　― | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送付先 | □　申請者　　□　提出代行者（氏名欄に事業所名を記入の場合は申請者氏名で送付） | | |
| □　その他 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒  電話番号(　　　　)　　　　― |

留意事項

(1)　支給券は、大人用紙おむつ及び尿取りパッド(女性用生理用品を除く。)の購入にのみ使用できます。

(2)　支給券の使用の際、おつりは出ません。

(3)　受給資格を喪失した際(死亡、転出、認定切れ等)は、支給券を返還してください。

(4)　介護保険施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院)に入所している方は、支給対象外となります。

(5)　支給券で支給対象用品以外を購入したり、支給券を第三者へ譲渡する等の不正行為が認められたりした場合は、支給券の返還や市が支払った支給金額の全部又は一部を返還していただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | 受付印 |
| 市記入欄 | 介護認定の有無　　□あり（ 要支援 ・ 要介護 ）　　□なし |  |
| 施設入所　　　　　□なし　　　□支給対象施設　　　□支給対象外施設 |
| 介護保険料　　　　□滞納なし　　　　　　　　　　　□滞納あり |
| 課税状況　　　　　□非課税世帯　　　　　　　　　　□課税世帯 |
| 支給月数　　　　　　　年　　月分～　　　　年　　月分　　計　　　枚 |