

倉敷市ねたきり高齢者等介護用品扶助費支給申請書

令和 年 月 日

倉敷市長様

郵便番号 ー

申請者 住所 倉敷市

(介護者) 氏名

電話 ー

倉敷市ねたきり高齢者等介護用品扶助費支給要綱第5条の規定により、介護用品扶助費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

おむつ等を使用する者の氏名等	住所 倉敷市		
	ふりがな 氏名	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日
該当理由	<input type="checkbox"/> 介護保険の要介護認定 (<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> ねたきり高齢者 (臥床時期 平成・令和 年 月 日頃から) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級)		

同意書

倉敷市長あて

倉敷市ねたきり高齢者等介護用品扶助費支給申請にあたり、公簿により私及び私の同一住所地に居住する者全員に係る所得状況・課税状況について、倉敷市が確認することに同意します。

令和 年 月 日 申請者 (介護者) 氏名



※自署または記名押印

倉敷市ねたきり高齢者等介護用品扶助費支給申請にあたり、公簿により私及び私の同一住所地に居住する者全員に係る所得状況・課税状況、及び私の介護保険の認定状況・生活保護状況・身体障がい者手帳の交付状況・排泄管理支援用具受給状況について、倉敷市が確認することに同意します。

令和 年 月 日 おむつ等を使用する者の氏名



※自署または記名押印

(これより下は記入しないでください。)

介護認定状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()			
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	排泄管理支援用具 (紙おむつ) 受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
世帯の所得税は、(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 円) です。				
要介護4・5の者のみ	世帯の市民税は (<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 円) です。			
公簿確認年月日	・	・	確認者氏名	
支給時期	・	・	支給限度額	
	～	・	3・31	円