

城陽市紙おむつ購入費支給事業利用申請書

令和 年 月 日

城陽市長様

フリガナ
申請者(紙おむつ使用者) 氏名

城陽市紙おむつ購入費支給事業を利用したいので、下記の事項に同意して利用の申請を行います。

申請者 (紙おむつ使用者)	住所			
	電話番号	生年月日	大正 昭和	年 月 日
介護認定の状況	介護保険被保険者番号	0000		
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定年月日	年 月 日		
	認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
その他 の状況 (4月以降)	入院期間	<input type="checkbox"/> あり (月 日 ~ 月 日)	<input type="checkbox"/> なし	
	介護保険施設入所期間	<input type="checkbox"/> あり (月 日 ~ 月 日)	<input type="checkbox"/> なし	
	※市使用欄			
介護者 (家族等)	氏名	電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ()		
決定通知等の送付先		<input type="checkbox"/> 申請者住所	<input type="checkbox"/> 介護者住所	
<p align="center">利用にあたっての同意事項 (ご確認いただき□にチェックをお願いいたします)</p> <p><input type="checkbox"/> 対象者は65歳以上の城陽市介護保険被保険者です。</p> <p><input type="checkbox"/> 対象者は申請日時点で在宅であり、入院や介護保険施設に入所していません。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険料を滞納していません。</p> <p><input type="checkbox"/> 支給の対象となるのは、対象要件を満たした期間に購入した紙おむつ・尿とりパッドです。</p> <p><input type="checkbox"/> 年度の途中で対象の要件を満たさなくなった場合、その日以降に購入したものについては支給の対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/> 入院や施設入所期間等に申告漏れがあった場合、決定後に支給内容を変更する場合があります。</p> <p><input type="checkbox"/> 審査のため、申請者世帯の市民税課税状況について市が調査を行います。</p> <p><input type="checkbox"/> 本事業を利用する場合は、毎年度申請が必要です。</p>				

※年間支給上限額は、(4月又は対象者要件を満たした月から当該年度3月までの月数) × (利用決定通知に記載する1月あたりの支給上限額) となります。

※対象期間中、年間支給上限額までの支給が可能です。ただし、9月末日までに請求できる額には上限があります。