

城陽市紙おむつ購入費支給事業利用申請書

城 陽 市 長 様

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。

申請日 令和 年 月 日

申請者 (紙おむつ使用者)	住 所			
	氏 名			
	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	0 0 0 0		
	要介護状態区分	☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 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		
(4月以降の状況)	入院期間	☐ あり (月 日 ~ 月 日)		☐ なし
	介護保険施設入所期間	☐ あり (月 日 ~ 月 日)		☐ なし
	※市使用欄			
介護者 (家族等)	氏 名		電話番号	
	住 所	☐ 申請者と同一 ☐ 申請者と異なる ()		
決定通知等の送付先		☐ 申請者住所 ☐ 介護者住所		
利用にあたっての同意事項 (ご確認ください☐にチェックをお願いいたします) ☐ 対象者は65歳以上の城陽市介護保険被保険者です。 ☐ 対象者は申請日時時点で在宅であり、入院や介護保険施設に入所していません。 ☐ 介護保険料を滞納していません。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 本事業を利用する場合は、毎年度申請が必要です。				

※ 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。