

城陽市紙おむつ給付事業利用申請書

年 月 日

城陽市長様

申請者住所
(介護者)氏名 (印)
電話番号
(高齢者との続柄：)

城陽市紙おむつ給付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。

高齢者 (おむつ利用者)	フリガナ		生年月日	明治		
	氏名			大正	年	月
	住所	城陽市	電話番号	昭和		(歳)
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				
給付の方式	<input type="checkbox"/> 償還払い方式 <input type="checkbox"/> 給付券方式					

市民税課税状況調査同意書

本申請にかかる審査のため、市が利用決定に必要な範囲で対象者（高齢者）の属する世帯の市民税課税状況を調査することについて、同意します。

氏名（高齢者） (印)

城陽市紙おむつ給付事業利用にあたっての同意事項

- 対象者(高齢者)は、在宅の高齢者であること（入院または施設入所期間中は給付対象外）。
- 本事業は、申請を行った日の属する月からの支給となること。
- 紙おむつ給付に係る対象期間は以下のとおりであること。
償還払い方式…申請を行った日の属する月の初日～当該年度3月末
給付券方式…給付券受領後～当該年度3月末
(ただし、要介護4又は要介護5の有効期間の開始が申請月の途中である場合については有効期間開始日以降)
- 本事業を利用する場合は、毎年度申請が必要であること。

※ 年間給付上限額は、(申請月から当該年度3月までの月数) × (利用決定通知に記載する1月あたりの給付上限額) となります。

※ 対象期間中、年間給付上限額までの支給が可能です。手続きに遺漏の無いようご注意ください。