様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

常陸太田市長　殿

申請者　住　　所

　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

常陸太田市高齢者介護用品購入費助成金交付申請書

常陸太田市高齢者介護用品購入費助成事業に関する規則第４条の規定により，次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男  ・  女 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　　名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒  常陸太田市　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護認定 | 要介護　　1　　2　　3　　4　　5  認定期間　　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | * 在宅 * 入所 | 施設等 | | |  | | | | | | | | | | |
| 入所年月 | | |  | | | | | | | | | | |
| 排泄感覚の有無 | 尿意　⇒　有　・　無 | | | | 便意　⇒　有　・　無 | | | | | | | | | | |
| 紙おむつ使用状況 | 常時　　・　　夜間や外出時のみ　　[尿取りパット含む] | | | | | | | | | | | | | | |
| トイレの使用状況 | 有　　・　　無　　　[ポータブルトイレを含む] | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定通知書送付先 | 被保険者住所以外に送付する場合のみ，記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒　　　－  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | |

常陸太田市確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の課税状況 | 課税　・　非課税 |
| 排尿・排泄（要介護１・２のみ） | 自立　・　見守り等又は介助 |
| 市税等の未納 | 有　　・　　無 |