様式第１号（第４条関係）

**おむつ支給事業利用登録申請書**

　年月　　　日

　糸魚川市長　様

申請者　住　　所　〒　　　　－

氏　　名

電話番号　　　　　　－　　　　　　－

 利用者との関係（　　　　　　　　　　）

　次のとおり、おむつ支給事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 介護保険被保険者番 号 |   | 介護度 | ・要介護（　 ）・要支援（　 ）・事業対象者 　 |
| 住 所 | 糸魚川市 | 電話番号 | 000　―0000　―0000 |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 明　大　昭年　　月　　日（　　　　歳） |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 【利用者同意事項】　本申請に対する決定について必要があるときは、事業担当者が私と私の世帯員に係る所得状況等について調査することに同意します。 |
| おむつ券送付先（送付先に〇） | ・申請者宛　　　・利用者宛　　　・その他へ送付する（以下へ送付先を記入）送付先住所　〒　　　　－　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 送付先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　宛て |
| 担当ケアマネージャー | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| * **病　　名**
 |  | * **服薬名**
 |  |
| 備　　 考 |  |

**※病名及び服薬名の欄は、事業対象者、要支援１及び要支援２の者のみ記載してください。**

**併せて、薬手帳の写しその他の服薬名のわかる資料を添付してください。**

　　事務処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介　護　度 | 所 得 段 階 | 決 定 区 分 | 受　付　日 | 決　定　日 |
|  | １　第１～第３段階２　第４～第10段階 | １　承　認２　不承認 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |