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 |  |  |
|  |  |  |  |  |