

郡山市高齢者日常生活用品給付申請書

郡山市長

申請者 (家族介護用品給付券を申請のときは、生計中心者)

申請者は、要援護高齢者または世帯の生計中心者としてください。ケアマネジャー不可。

住所 〒963-8061

郡山市朝日一丁目23番7号

氏名 郡山 がくと

利用者との続柄 (本人)

電話 024-924-0000

次のとおり申請いたします。

申請区分 介護用品給付券 家族介護用品給付券 申請状況 初めて 以前にあり

居住状況 在宅 施設 (サ高住・有料老人ホーム・グループホーム・ケアハウス 等) その他

添付書類 介護保険被保険者証の写し

※太枠部分を記入すること

利用者	個人番号 (マイナンバー)	個人番号の記載欄		性別	生年月日	
	ふりがな	こおりやま がくと		男 ・ 女	明治	
	氏名	郡山 がくと			大正 ×年 ■○月 △日 昭和 (7× 才)	
	住所	〒963-8061 郡山市朝日一丁目23番7号		利用者は65歳以上が条件です。		
入所施設名等	音楽のみやこ		居住状況が施設の場合、施設名を記載してください。			
同居世帯員	本申請に係る給付の可否を決定するため、郡山市が市民税課税状況等、所要の調査を行うことに同意し署名します。(家族介護用品給付券を申請する場合は、世帯分離者を含む同居家族全員の同意が必要です。)					
	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
	郡山 がくと	利用者				

本人等の同意の下での代筆は可ですが、必ず手書きとしてください。印字不可。

通知等の送付先について 利用者あて 申請者あて 担当事業所あて その他

送付先別住所 (その他の場合の)	送付先についても必ず記載してください。利用者あて以外の場合は、理由も記載してください。
送付先別氏名 (その他の場合の)	
送付先設定理由 (事業所・その他の場合必須)	(例) 本人が郵便の管理することが難しいため。

※以下の太枠内に、介護支援専門員もしくは地域包括支援センター職員等による証明を受けること。

利用者の要介護度	要介護 (2)	排泄感覚の有無	尿意 (有 ・ 無)	便意 (有 ・ 無)
紙おむつ等が必要な理由	失禁があるため ・ トイレに間に合わないため ・ その他 ()			
利用者は在宅であることを証明いたします。また、紙おむつ等の利用が必要と認めます。				
事業所名	■△居宅介護支援事業所	事業所住所	〒963-0000 郡山市△■三丁目15番地1	
連絡先	024-123-■■■■■	資格等	介護支援専門員 氏名 郡山 おんぷ	

宛名番号		受給者番号	
<input type="checkbox"/> 利用者名		市民	
<input type="checkbox"/> 生計中心者名			

朱肉を使用してください。(シャチハタ不可)

認定 却下してよろしいか伺います。(却下理由:)
なお、決裁の上は別紙により通知してよろしいか伺います。

課長	課長補佐	係長	係員	審査公印		
					施行	・
					決裁	・
					起案	・