

富良野市高齢者介護用品助成申請書

申請年月日 年 月 日

フリガナ		生年月日	明治	大正	昭和
利用者氏名			年	月	日
居住地	〒 ー 電話番号 () 富良野市				
要介護状態	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)				

【1】確認事項 (該当する欄に☑)

・おむつ・パット等使用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 外出時のみ <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎日) ※使用理由 <input type="checkbox"/> 念のための予防 <input type="checkbox"/> たまに失禁があるため <input type="checkbox"/> 毎日失禁があるため <input type="checkbox"/> その他 ()
・尿失禁の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 週に数回程度 <input type="checkbox"/> 日に1回程度 <input type="checkbox"/> 日に何度も)
・便失禁の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 週に数回程度 <input type="checkbox"/> 日に1回程度 <input type="checkbox"/> 日に何度も)
・その他 ()

【2】介護状況について (必要事項記入及び、該当する欄に☑)

・介護者の有無 有 (下記の介護者欄記入) 無

介護者氏名		続柄		連絡先	
住所					
介護状況	・状況 (<input type="checkbox"/> 同居で介護 <input type="checkbox"/> 泊まって介護 <input type="checkbox"/> 通って介護) ・頻度 (<input type="checkbox"/> 月に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> 毎日) ・その他 ()				

富良野市長 様

富良野市高齢者介護用品助成事業を利用するにあたり、上記のとおり申請します。なお、支給額決定にあたり必要があるときは、私の介護保険料賦課状況を調査することに同意します。

住所： _____

申請者

氏名： _____ 印

提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input type="checkbox"/> 申請者以外 (下記の欄に記入)	
	氏名		利用者との関係	
	住所		電話番号	

※利用者本人以外の方に通知を希望する場合は、下記にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 上記の提出者への通知を希望します
<input type="checkbox"/> それ以外 (〒 ー)住所 [] (利用者との関係：)氏名 []

※市記入確認欄

支給申請審査結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ()		支給決定日	年 月 日
支給券種別	<input type="checkbox"/> 介護用品券 (介護4・5)		<input type="checkbox"/> 紙おむつ券 (支援～介護3)	
課税状況調査結果	<input type="checkbox"/> 保険料第1~3段階 又は 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 保険料第4~10段階 又は 課税世帯	<input type="checkbox"/> 保険料第1~3段階 又は 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 保険料4~10段階 又は 課税世帯
支給金額 (年額)	<input type="checkbox"/> 90,000 円	<input type="checkbox"/> 42,000 円	<input type="checkbox"/> 30,000 円	<input type="checkbox"/> 12,000 円
支給額 (5月以降)	<input type="checkbox"/> 円	<input type="checkbox"/> 円	<input type="checkbox"/> 円	<input type="checkbox"/> 円
支給券番号	No.	支給年月日	年 月 日	

※支給額月額単価 (5月以降の申請の場合に使用)

- ・介護用品券 非課税：7,500 円 課税：3,500 円
- ・紙おむつ券 非課税：2,500 円 課税：1,000 円

※紙おむつ券から介護用品への変更の場合に記入

支給申請審査結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 ()		支給決定日	年 月 日
支給券種別	<input type="checkbox"/> 保険料第1~3段階又は非課税世帯 (月額単価 7,500 円)		<input type="checkbox"/> 保険料第4~10段階又は課税世帯 (月額単価 3,500 円)	
①決定済紙おむつ券の月額単価	②支給決定する介護用品の月額単価	③月額単価差引額 (②-①)	④申請月から3月までの月数	介護用品券支給額 (③×④)
円	円	円	月	円
支給券番号	No.	支給年月日	年 月 日	