

介護用品支給事業利用申請書

久留米市長 あて

久留米市介護用品支給事業の支給を受けたいので申請します。

なお、サービス利用決定において、下記対象者の世帯構成ならびに要介護認定状況、生活保護受給の有無及び所得の状況について、必要に応じ住民基本台帳・課税台帳、介護保険受給者台帳及び生活保護受給者名簿により確認されることに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人との続柄()

代筆の理由

| | | |
|--|---|-------------------|
| 申請者 (紙おむつ等の支給を希望する者) | 氏名 | |
| | 住所 | 久留米市 |
| | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 () 歳 |
| | 電話番号 | — |
| 要介護認定の状況 | <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | |
| 緊急連絡先 | 氏名： 住所： 電話番号： — — 対象者との続柄() | |
| 紙おむつ使用の必要性について ※申請者の住居環境や身体の状態等、紙おむつが必要な状況について記載してください。 | ※原則として、申請者のケアプランを作成しているケアマネージャー等の方が記入して頂きますようお願いいたします。 | |
| 上記の必要性を記載した者 | 事業所名 : 電話番号 : — — 氏名 : (職名 :) | 記入年月日 : 年 月 日 |