

高齢者おむつ給付助成申請書

立川市長 殿

次のことを同意のうえ、高齢者おむつ給付助成を申請します。

年 月 日

助成対象者署名

(代筆可)

- 審査のため、担当課職員が申請書に記入した内容について公簿等を確認すること。
- 申請書に記入した情報をおむつ配達事業者へ提供すること。
- 毎月15日までに申請し、必要書類がそろった場合のみ翌月配達の審査にまわること。
- 他市からの転入の場合は、申請者側で直近の主治医意見書を手配する努力をすること。
- 配達時不在の場合は、不在票に基づき、速やかにおむつ配達事業者へ連絡すること。
- 配達の翌月末日までにおむつ配達事業者へ、自己負担金の支払い及び受領印を押した受領書の提出をすること。
- 助成開始後に長期的に入院することとなった場合は、停止又は廃止の手続きをすること。
- 申請書及び申込書兼変更届の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市まで届け出ること。
- 届出又は公簿等の確認により、おむつの給付助成が廃止となる場合があること。
- 入札結果、社会情勢等により、限度額、単価及び自己負担割合が変更になること。
- 不正に助成を受けていた事実が判明した場合において、助成が廃止されたときは、助成の返還請求に応じること。

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			
助成対象者氏名				<input type="checkbox"/> 女		. . . 日生 (歳)			
住所	立川市 町 丁目								
	電話 () / ()								
親族等の 緊急連絡先 ※必ず記入 してください。	氏名	年齢	続柄	昼間の連絡先 (住所・電話番号)					
介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 (. <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5))								
居宅介護支援事業所名									
担当ケアマネジャー名							電話番号		
申請理由 (身体の状況) (<input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> 寝たきりに近い) 一人でトイレに <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)									
申請時の状況 <input type="checkbox"/> 在宅 (住民登録地 ・ それ以外 → 具体的に)									
<input type="checkbox"/> 入院・入所中 → () 月 日に退院予定 (要連絡)									
詳しく記入してください。									

..... 以下は記入しないでください。

上記申請について、次のとおりとする。 (決定 ・ 却下 → . . . / . . . に説明)									
認定日	. . .	転入継続	起案	. . .	担当	係長	課長		
有効期間	. . .		決定	. . .					
作成日	. . .		施行	. . .					
寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
課税状況	個人・世帯・非・生保・転入・未申告								