（第１号様式）

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用申請書

　　　年　　　月　　　日

町田市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 連絡先 |  |

下記の留意事項に同意し、事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 町田市 |
| ふりがな |  | 生年月日及び年齢 | 大正昭和 | 年 月 日（　　　）歳 |
| 氏名 |  |
|  配達を希望する住所※町田市内のみ | いずれかに☑を記入してください□利用者住所に同じ　　　□申請者住所に同じ□その他（配送先住所等を下欄に記入してください） |
| 配達先住所 | 町田市 | （　　　　様方） |
| 配達先電話番号 |  | 利用者との関係 |  |
| 必ず連絡がとれる電話番号 | いずれかに☑をしてください□利用者　　　□申請者□その他（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　／利用者との関係　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| **※希望する支給品は、裏面「町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業　希望支給品」にご記入ください。** |
| ＜留意事項＞**・支給の決定にあたり、市担当者が公簿等により市民税の課税状況または介護保険料の****賦課状況を確認します**。※この情報の利用にあたっては、上記の目的以外には一切利用いたしません。 |

提出者が申請者以外の場合、下記を記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当 |  |
| 連絡先 |  |

※以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 決　　定 | 承認番号 | 承認年月日 | 要介護 | 世帯課税 | 生活保護 |
| 　． 　． | 承認・不承認  | Ｏ- | 　． 　． | ４・５・他（　 ） | 課税・非課税 | 受給・未受給 |

（第１号様式）（裏）

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業　希望支給品

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

希望する支給品を以下にご記入ください。

支給品は利用金額の合計が７，０００円以内になるようご記入ください。

７，０００円を超えた場合、連番８から１の順に支給品を調整させていただきます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連番 | 品　番 | 利用金額 | 数　量 | 小　計 |
| 1 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| ２ |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 3 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 4 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 5 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 6 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 7 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
| 8 |  |  |  |  |  | 円 |  |  | 円 |
|  |  | 合計 |  | 円 |