

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、利用者本人、家族、ケアマネージャーのいずれかとしてください。

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 (記入不要)			生年月日	
	ふりがな	こおりやま がくと			明治	
	氏名	郡山 がくと			大正 ×年 ●○月 △日 昭和 (×× 才)	
	住所	〒 963-8061 郡山市 朝日一丁目23番7号				
	入所施設名等	音楽のみやこ				
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 (その他の場合のみ)	〒
送付先別氏名 (その他の場合のみ)	
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	△△△△△△△△△△	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

朱肉を使用してください。(シャチハタ不可)

宛名番号	受給者番号	課税・非課税
<input type="checkbox"/> 利用者名	市民税課税状況	
<input type="checkbox"/> 生計中心者名		