

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 利用者との関係（ 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				大 正	
	氏 名	郡山 がくと				×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	■△居宅介護支援事業所	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 印

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	
□ 利 用 者 名	市 民 税 課 税 状 況	課 税 ・ 非 課 税
□ 生 計 中 心 者 名		