様式第1号(第6条関係)

高齢者等介護用品受給希望書

年　　月　　日

　　亀山市長　様

〒

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　利用者との続柄

電話番号　　　―

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな氏名 | 　 | 生年月日M・T・S　　年　　月　　日(　　歳) |
| 住所 | 〒亀山市 | 電話番号 | 　 |
| 希望品目(支給を希望する品目を裏面の一覧表から選択してください) | ※希望品目の記号を記入 | サイズ |
| 　 |
| 希望数量(支給限度数量以上を希望された場合、支給限度を超える分の費用は自己負担となります。) | 1　支給限度数量2　支給限度数量以下(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)3　支給限度数量以上(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 介護保険要介護認定 | 　未申請　・　申請中　・　要支援　・　要介護　1　2　3　4　5 |
| 排泄の状況 | 1　自分でできる　　2　一部介助　　　　 　　　　　3　全面介助 |
| 失禁の状況 | 1　あり　　　　　　2　無 |
| 尿意・便意 | 1　あり　　　　　　2　無 |
| おむつ使用状況 | 1　常時　　　　　　2　夜間のみ　　　　 　　　　　3　時々使用している |
| 感染症の有無 | 1　あり(種類　　　　　　　　　　　　　　　　　)　2　無 |

|  |
| --- |
| ※市役所確認欄(記入しないでください。)　□年齢　□おむつ使用状況　□在宅　□課税・非課税生活の状況及び必要理由年　　月　　日　確認者氏名　　　　　　　　　　　　 |

　　上記希望品目について、支給限度以上に配達を希望する場合は、その費用を業者に支払うことに同意します。また、介護用品支給の認定のために必要があるときは、市職員が利用者の市民税の課税状況を調査し、及び関係機関等に調査を行うことに同意します。

氏名　　　　　　　　　　　　　　印