

介護保険特別給付おむつ購入費支給申請書

令和 年 月 日

気仙沼市長 宛

申請者 〒 _____

住所 _____

氏名 _____

下記の対象要件すべてに該当しますので、気仙沼市介護保険特別給付おむつ購入費の支給について申請します。

対象要件	(1)居宅要介護被保険者(入院及び施設入所者を除く要介護1以上の方)である。 (2)尿失禁等により、おむつ等の使用が必要である。 (3)他の公の制度により、おむつの購入費の支給等を受けていない。												
	被保険者番号												
対象者	個人番号												
	フリガナ												
	氏名												
	住所	〒 _____											
	生年月日	大正・昭和 年 月 日											
	電話番号	()											

この欄は、担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に記載をお願いして下さい。なお、担当の介護支援専門員がない場合は記入しないでください。

・介護支援専門員確認欄

身体状況等	(1)居宅要介護被保険者(入院及び施設入所者を除く要介護1以上の方)である。 (2)尿便失禁等により、紙おむつや尿取りパッドを使用している。 対象者は上記(1)及び(2)の要件を満たしていることを確認しました。 令和 年 月 日												
	居宅介護支援事業者名												
	介護支援専門員氏名												

・市確認欄

居宅要介護被保険者状況	<input type="checkbox"/> 居宅要介護被保険者(市確認・ケアマネ確認) <input type="checkbox"/> 入院又は施設入所者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 認定無 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2												
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 要(市確認・ケアマネ確認) <input type="checkbox"/> 不要												
保険料納入状況	<input type="checkbox"/> 滞納無 <input type="checkbox"/> 分納・誓約 <input type="checkbox"/> 滞納												

様式第1号（第4条関係）

介護保険特別給付おむつ購入費支給申請書

令和5年8月1日

気仙沼市長 宛

申請者 〒988-8501

住所 気仙沼市八日町一丁目1番1号

氏名 気仙沼 花子

下記の対象要件すべてに該当しますので、気仙沼市介護保険特別給付おむつ購入費の支給について申請します。

対象要件	(1)居宅要介護被保険者（入院及び施設入所者を除く要介護1以上の方）である。 (2)尿失禁等により、おむつ等の使用が必要である。 (3)他の公の制度により、おむつの購入費の支給等を受けていない。												
対象者	被保険者番号			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	フリガナ	ケセンヌマ タロウ											
	氏名	気仙沼 太郎											
	住所	〒988-8501 気仙沼市八日町一丁目1番1号											
	生年月日	大正 昭和 12年 3月 4日											
	電話番号	(22) 6600											

この欄は、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に記載をお願いして下さい。
なお、担当の介護支援専門員がない場合は記入しないでください。

・介護支援専門員確認欄

身体状況等	(1)居宅要介護被保険者（入院及び施設入所者を除く要介護1以上の方）である。 (2)尿便失禁等により、紙おむつや尿取りパッドを使用している。 対象者は上記(1)及び(2)の要件を満たしていることを確認しました。												
	令和 年 月 日												
	居宅介護支援事業者名												
	介護支援専門員氏名												

・市確認欄

居宅要介護被保険者状況	<input type="checkbox"/> 居宅要介護被保険者（市確認・ケアマネ確認）						<input type="checkbox"/> 入院又は施設入所者					
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						<input type="checkbox"/> 認定無 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 2					
おむつの使用	<input type="checkbox"/> 要（市確認・ケアマネ確認）						<input type="checkbox"/> 不要					
保険料納入状況	<input type="checkbox"/> 滞納無			<input type="checkbox"/> 分納・誓約			<input type="checkbox"/> 滞納					