

対象者

- ※ 住民票がいの町にある方（ケアハウス等施設は除く）
- ※ 要介護2以上になって3ヶ月以上経過している方
- ※ 直近3ヶ月の間、継続して在宅である方
(入院が1日以上・ショートステイが月の5割以上あれば継続とはなりません)
- ※ 紙オムツを常時使用している方（パットのみ、予防的な場合は対象外）
- ※ 要介護高齢者等が市町村民税非課税であること
- ※ 要介護高齢者等がいの町に納付すべき責務を滞納していないこと

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

いの町長 様

申請者 住所
(要介護高齢者等) 氏名 **紙オムツを使用している方等**
電話番号

いの町在宅高齢者等紙オムツチケット交付事業資格認定申請書

いの町在宅高齢者等紙オムツチケット交付事業実施要綱第4条の規定により、いの町在宅高齢者等紙オムツチケット交付事業の資格認定を申請します。

私は、この申請に関して私の住民基本台帳における世帯状況等、私がいの町に納付すべき町税等、介護保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況等及び課税状況等についてオムツチケット交付事業担当課長が調査を行うことに同意します。

要 介 護 高 齢 者 等				
住所	紙オムツを使用している方		生年月日	年 月 日
氏名			性別	男 ・ 女
状態	年 月 日 から在宅で別添結果通知書等の状態である。 ←			
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	備考
	紙オムツを使用している方を含む世帯員の状況を記入			

上記 **対象者** の
条件を全て
満たした日

添付書類

- (1) 介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書(以下「結果通知書」という。)の写又は結果通知書に相当する書類
- (2) その他必要な書類

※ 決 裁	決 定 年 月 日	課 長	課長補佐	係 長	係
	年 月 日				

押印欄については、決裁の実情に合わせて増減することができる。