

在宅高齢者おむつ給付申請書
令和6年(2024年)7月分以降受付用

提出日押印
又は
提出日記入欄

八王子市長 殿

以下の事項に同意し、在宅高齢者おむつ給付の申請をします。

- 同意事項
- おむつ給付の要件の確認に必要な調査をすること。
 - 市で定めた「負担金」を市の委託業者に支払うこと。
 - 業務委託契約に伴う価格の変更、及びそれに伴う負担金の変更があること。
 - 連絡先等が市の委託事業者に伝えられること。
 - 負担金の滞納が3か月以上続いた場合は、おむつ給付が受けられなくなること。
 - 長期休止の場合は利用できなくなることがあること。
 - 入院中は利用できないこと。

受付者

受付担当確認欄

65歳以上	☐	住所地特例被保証添付 ※介護被保険被保険者証号	☐
本人確認	☐	保険証(介護、医療)	
	☐	その他()	

年 月 日

1.申請者(対象者)

フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日()歳	
氏名			電話番号					
住所	八王子市							
介護保険 被保険者番号	要介護 度	1	2	3	4	5	有効 期間	令和 年 月 日~令和 年 月 日
課税状況	☐ 世帯全員が非課税 ☐ 世帯の課税状況不明 ※世帯に課税者がいる場合は申請できません。							
転入者有無	世帯の中に令和6年1月2日以降に八王子市に転入した人が ☐ いない ☐ いる → 「いる」場合は、その方の住民税の課税状況確認書類の提出が必要な場合があります。世帯全員の課税状況を確認できた日がこの申請書の受付日となります。							

2.緊急連絡先(対象者以外の連絡先を必ずご記入ください)

住所	〒	電話番号	
フリガナ			続柄 配偶者・子・ケアマネジャー その他()
氏名			

3.窓口に来た方 ☐ 対象者 ☐ 緊急連絡先 ☐ その他(下欄に記入)

住所	〒	電話番号	
フリガナ			続柄 配偶者・子・ケアマネジャー その他()
氏名			

※事業所の場合は事業所名も記載

4.対象者住所地以外への配達先等変更希望 ☐ なし ☐ あり(下欄に記入)

変更希望 項目	配達先	☐ 対象者住所 ☐ 緊急連絡先住所 ☐ 窓口に来た方の住所 ☐ 以下の住所	
	通知送付先	☐ 対象者住所 ☐ 緊急連絡先住所 ☐ 窓口に来た方の住所 ☐ 以下の住所	
住所	八王子市	表札表示 施設名	
変更理由	☐ 在宅扱いの施設に入所 → ○で囲んでください サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、グループホーム、その他() ☐ 家族宅で介護を受けている ☐ その他()		

特記事項