

在宅高齢者おむつ給付申請書
令和5年(2023年)7月分～令和6年(2024年)6月分受付用

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ヶ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。

年 月 日

提出日押印
又は
提出日記入欄

受付者

受付担当確認欄

65歳以上	<input type="checkbox"/>	住所地特例被保証添付	<input type="checkbox"/>
裏面記入	<input type="checkbox"/>	※介護被保険被保険者証写	<input type="checkbox"/>
本人確認	<input type="checkbox"/>	保険証(介護、医療)	
	<input type="checkbox"/>	その他()	

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	年	月	日～年	月	日
居宅介護支援事業所名	※ケアプラン作成の契約をしている方は記載してください。							
課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯全員が非課税	<input type="checkbox"/> 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5年1月2日以降に八王子市に転入した人が	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 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

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.配達日の連絡先 対象者 緊急連絡先 窓口に来た方 その他(下欄に記入)

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

5.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	<input type="checkbox"/> 対象者住所	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方の住所	<input type="checkbox"/> 以下の住所	
	通知送付先	<input type="checkbox"/> 対象者住所	<input type="checkbox"/> 緊急連絡先住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来た方の住所	<input type="checkbox"/> 以下の住所	
住所	八王子市				表札表示施設名	
変更理由	<input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 家族宅で介護を受けている <input type="checkbox"/> その他()					

6.希望商品 → **必ず裏面に記入してください。**

特記事項	
------	--