

(その2)

おむつ給付サービス受給資格認定申請書（認知）

年 月 日

那須烏山市長 宛て

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

おむつ給付サービスの受給資格の認定を受けたいので、那須烏山市在宅寝たきり高齢者等おむつ給付サービス事業実施規程第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。
*は市で記入します。

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所	那須烏山市		電話番号	
健康状態	認知症となった日	年 月 日頃		
	*認知症の自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IVa IVb M		
	要介護度	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ※ 要支援又は介護の認定がない方は対象になりません。		
	*尿失禁の有無	有 ・ 無		
	病院等への入院の有無	無 有：入院期間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
紙おむつ使用の確認	排泄感覚の有無	尿意（有・無） 便意（有・無）		
	トイレ（ポータブルトイレを含む。）使用状況	使用（有・無）		
	紙おむつ（尿取りパッドを含む。）使用状況	常時・夜間又は外出時のみ		
特記事項				
・介護認定審査に係る主治医意見書・調査書等により確認することに同意します。 ・市県民税課税状況を確認することに同意します。				
氏名				

事務処理	担当ケアマネ	事業所	
		ケアマネ	
	本人課税状況	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
	判 定	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当

【認定基準】

- ・健康状態が寝たきりはB 1以上、認知はIII a以上（網掛け部分）が該当になります。
- ・在宅の方のみが該当しますので、現在入院中の方は、退院後申請してください。

【おむつ給付サービスに係る市県民税課税状況調書】

令和 年 月 日

私は、おむつ券の交付申請を行うにあたり、当該申請に必要な税情報を市が調査することに同意します。

住 所 那須烏山市 _____

ふりがな
利用者名 _____

	市県民税 課税の有無
利用者名	無 有

※太枠内のみ記入してください。

課税状況は上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

確認担当課：税務課

確認者印	税務課長