

様式第1号(第4条関係)

前橋市要介護高齢者おむつサービス申請書

年 月 日

(あて先) 前橋市長

おむつサービスを利用したいので下記の事項に同意し申請をします。

- 1 「前橋市要介護高齢者おむつサービス事業実施要綱」に基づいたサービスを受けること
 - 2 市が対象者についてサービス利用の要件の確認に必要な調査をすること
 - 3 市がサービス実施機関及び担当ケアマネージャーに必要な情報を提供すること
- なお、寝たきり状態又は認知症等でおむつの利用が必要な状態にあることを誓約します。

| | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|-------------------------|------|---------------|----------------|----|---|
| 申請者 (対象者) | フリガナ 氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 | 歳 |
| | 住所 | | | | 電話番号 | | |
| | 要介護度 | 要介護 3 4 5 | 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| | ショートステイ等宿泊サービスの利用日数 ※1か月あたり | | 日 | 希望配送業者 | ※ない場合は記入不要 | | |
| | 今月の入院・入所 | なし・あり (年 月 日 ~ 年 月 日) | | | | | |

| | | | | | |
|-----|----|--|--|------|--|
| 介護者 | 氏名 | | | 続柄 | |
| | 住所 | | | 電話番号 | |

| | | | |
|-----------------------------|------------|----|------|
| 担当 介護支援専門員 (ケアマネージャー) | 居宅介護支援事業所名 | 氏名 | 電話番号 |
| | | | |

※提出者(窓口に来た人)が対象者本人でない場合、下記をご記入ください。

| | | | | | |
|-----|----|--|--|------|--|
| 提出者 | 氏名 | | | 続柄 | |
| | 住所 | | | 電話番号 | |