

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ジャーに必要な情報を提供すること

申請者(対象者)について当てはまる項目全てに☑をつけてください。

※1つでも当てはまらない場合は、申請対象外です。

申請者(対象者)は寝たきり状態又は認知症等により常時おむつで排泄をする。

申請者(対象者)は市民税非課税である。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名		生年月日	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		
	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