

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（介護保険料の所得段階が1から5まで）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	