

## 令和6年度 可児市介護保険特別給付 介護用品購入費支給申請書

提出する日（郵送する場合は投函する日）  
を記入してください。

令和6年3月1日

可児市長様

可児市介護保険特別給付介護用品購入費支給要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。  
また、対象者は、おむつの利用が必要な状態にあること、在宅で生活していることを誓約します。  
なお、支給にかかる審査のため、市が支給決定に必要な範囲で住民税の課税状況、世帯状況並びに対象者の介護認定状況及び身体状況等について調査することに同意します。また、必要に応じて、支給券取扱事業者に対象者の連絡先及び要介護度等の情報を通知することに同意します。

支給対象者	ふりがな	かに たろう		被保険者番号	1 4 0 0 0 0 0 0 0 1
	氏名	可児 太郎		要介護認定	1・2・3・4・5
	生年月日	大・昭 3年1月1日		電話	0574
	住所	〒509-0292 可児市 広見1丁目1番地		該当の介護度に○をつけてください。	
	居住地 (施設名含む) ※介護保険施設以外	<input checked="" type="checkbox"/> 住所と同じ（記入不要） <input type="checkbox"/> 住所と異なる（以下に記入） 〒 住民登録地と居住地が異なる場合に居住地の住所を記入。施設に入所している場合は施設名も記入してください。下記の施設の種類にも <input checked="" type="checkbox"/> してください。			
おむつを利用する方	入居施設種類	<input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	おむつの使用状況	1日の使用枚数 ⇒ 紙おむつ・尿取りパッド 10枚程度 使用状況 ⇒ 常時・夜間や外出時のみ			
申請者	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ（以下記入不要）				
	代理	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 対象者・介護支援専門員以外（以下に記入）	事業所名及び担当者氏名 ケアマネジャーが代理で提出する場合は、左の欄に <input checked="" type="checkbox"/> し、この欄に事業所名、担当者名を記入してから提出してください。		
	申請者	ふりがな	かに さつき		見 子
	申請者	氏名	可児 さつき		電話 0574 - 62 - 2101
送付先	住所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ（記入不要） <input checked="" type="checkbox"/> 対象者住所と異なる（以下に記入） 〒509-0214 広見7丁目77番地			
	通知書など	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者(住所) <input type="checkbox"/> 対象者(居住地) <input type="checkbox"/> その他（ ）			
支給券	<input checked="" type="checkbox"/> 通知書送付先と同じ <input type="checkbox"/> 支給券取扱事業所（ ）				

※支給券を直接販売事業者に送付することを希望する場合は、販売事業者名を記入してください。

※送付先の欄のが未記入の場合は、通知書及び支給券を対象者の住所・氏名宛に送付します。  
 ※支給券は1年度分をまとめて送付します。紛失等の無いよう管理できる方を送付先に指定してください。