様式第2号(第4条関係)

介護保険市町村特別給付おむつ購入費受給資格継続申請書

年　　月　　日

　　　氷川町長　　　　　様

　　氷川町介護保険市町村特別給付おむつ購入費給付実施要綱第4条の規定に基づき、受給資格継続認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 利用者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 介護保険被保険者番号 |  | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |  |  | |  | |  | |  | 受給者  番号 | |  | |  | |  |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護度 | | 要介護　１　２　３　４　５　　要支援　２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の認定  有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| おむつ購入費給付の支給方法 | | 指定店への受領委任 | | | | | | | | | | | | | | | | 償還払い | | | | | | |

　おむつの利用状況(1箇月分)

|  |
| --- |
| おむつの種類・枚数 |
| ・パンツタイプ(　　　枚)　　　　・テープ付きパンツ(　　　枚)  　　・フラットタイプ(　　　枚)　　　・その他(　　　枚)  　　・尿取りパッド(　　　枚) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※  保険者確認欄 | 現在の要介護度 | 要介護　１　２　３　４　５　要支援　１　２ |
| 支給決定 | 支給　　　　　不支給 |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |