

## 神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

## 【下記①・②共通事項】

住民票上の住所と、住んでいる住所が異なる場合は

「住民票の住所」「住んでいる住所」の両方を記入してください。

## ①「申請者」は神戸市内に居住し、介護している家族です。

- ・神戸市内に介護家族がない場合のみ、本人での申請が可能です。
- ・成年後見人が申請者となる際：登記事項証明書（写し可）を添付してください。

## ②「利用者（紙おむつを必要とする方）」の情報を記入してください。

- ・利用者本人が自署した場合は氏名欄の押印は不要です。

## ③要件確認欄の該当箇所に「○」を囲んでください。

- ・介護保険被保険者証の要介護度と要介護認定期間を記入してください。
- ・認定の有効期間前の申請は受付できません。
- ・介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の写しの添付は不要です。

【要件について】※要件確認欄に該当しない場合、**当事業の対象とはなりません。**

- ・介護保険負担割合証に記載のある「利用者負担の割合が1割」かつ保険料段階が「第1段階～第3段階」の方

- ・住民票上の世帯構成員全員が市民税非課税の方が当事業の対象となります。

## ④利用者の住民票の同一世帯員全員を記入してください。

- ・住民票の世帯が異なる場合は、同住所に住んでいても記入は不要です。

## ⑤担当のケアマネジャーを記入してください。

- ・申請内容について、確認させていただく場合があります。

利用年度	令和 8 年度			申 請 日	令和 8 年 4 月 1 日		
① 申請者 (神戸市に 居住し介護 している家 族)	住民票 の住所	〒 650 - △△△△ 神戸市 中央 区 加納町△丁目△番△号					
	住んで いる住 所	〒 - 神戸市 区 住民票と同じ場合は記入不					
いない場合 のみ利用者 本人による 申請可	(フリガナ)	コウベ イチコ		生年月日	T (S)・H		利用者との続柄
	氏 名	神戸 市子		35 年 4 月 1 日	35 年 4 月 1 日		長女 日中の連絡先 080-xxxx-xxxx
② 紙おむ つ利用者	住民票 の住所	〒 652 - ○○○○ 神戸市 兵庫 区 荒田町○丁目○番○号					
	住んで いる所	〒 652 - ○○○○ 神戸市 西 区 桜台□丁目□番□号 施設入居の場合は施設名称もご記入ください					
3. 要件 確認欄	(フリガナ)	コウベ タロウ		生年月日	T・(S) 5 年 5 月 1 日		
	氏 名	神戸 太郎		印	※自署の場合は押印不要		
③ 該当する 箇所を○ で囲んで ください。	現在の要介護状態区分	要介護 4・(5)		要介護認定期間 令和 8 年 1 月 1 日 ~ 令和 8 年 12 月 31 日			
	利用者とその世帯員全員が非課税ですか。	(非課税)		・ 課税(→対象外)			
	現在、施設入所していますか。 (有料老人ホーム等を除く)	(いいえ)		・ はい(→対象外)			
	現在、入院していますか。(退院後の申請可)	(いいえ)		・ はい(→退院後に申請してください)			
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給	(していない)		・ 受給中(→対象外)			
④ 利用者の 住民票上の 世帯構成員	利用者を介護する家族が市内に居住	(している)		・ していない(→本人で申請してください)			
	氏名	続柄	生年月日	<神戸市記入欄>			
	神戸 太郎	利用者本人	T・(S) 5 年 5 月 1 日				
	神戸 花子	妻	T・(S)・H・R 5 年 6 月 1 日				
5. 担当 ケ ア マ ネ ジャー	事業所名	居宅介護支援事業所 ●●					
	担当者	兵庫 一郎		電話番号	078-xxxx-xxxx		

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合があります。

-----&lt;神戸市記入欄&gt;-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No. )		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
整理番号No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	