

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。

利用年度	令和8年度	申請日	令和 年 月 日	
1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族) いない場合のみ利用者本人による申請可	〒一 神戸市 区 住んで 〒一 神戸市 区 いる住 所 住民票と同じ場合は記入不要			
	(フリガナ)	生年月日	利用者との続柄	
	氏名	T・S・H 年 月 日	日中の連絡先 — —	
	住民票 〒一 神戸市 区 の住所 住んで 〒一 神戸市 区 いる所 施設入居の場合は施設名称もご記入ください			
2.紙おむつ利用者	(フリガナ)	生年月日		
	氏名	T・S 印	年 月 日	
	※自署の場合は押印不			
	現在の要介護状態区分	要介護 4・5		
該当する箇所を○で囲んでください。	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)	
	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)	
				<神戸市記入欄>
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日	
		利用者本人	T・S 年 月 日	
			T・S・H・R 年 月 日	
			T・S・H・R 年 月 日	
5.担当ケアマネジャー	事業所名			
	担当者	電話番号	— —	

※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。

-----<神戸市記入欄>-----

<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				