

(様式第1号)

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5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 等) いない場合 のみ利用者本人 による申請可	住民票の 住所 〒 -	神戸市 区							
	住んでいる 住所 〒 -	神戸市 区							
	(フリガナ)	生年月日		利用者との続柄					
	氏名	T・S・H		日中の連絡先					
		年 月 日	-	-	-	-			
2.紙おむ つ利用者	住民票の 住所 〒 -	神戸市 区							
	住んでいる 住所 〒 -	神戸市 区							
	(フリガナ)	生 年 月 日							
	氏名	T・S		年 月 日					
		年 月 日							
3.要件 確認欄 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	年	月	日 ~ 令和	年	月	日
	施設入所または入院	している ・ していない							
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給	している ・ していない							
	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							
4.利用者 の住民票 上の世帯 構成員	氏名	続柄	生年月日			<神戸市記入欄>			
		利用者本人	T・S・H・R	年	月	日			
			T・S・H・R	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ございます。

<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	