

様式第1号（第5条関係）

春日市介護用品（紙おむつ等）給付サービス事業利用申請書

年 月 日

（宛先）春日市福祉事務所長

申請者 住所
氏名 (続柄)
(電話番号)

春日市介護用品給付サービス事業を利用したいので、関係書類を添えて、申請します。
なお、利用決定のため、必要な情報を関係機関等に提供されること並びに介護保険に関する情報及び住民基本台帳、市民税課税台帳等を閲覧されることに同意します。

対象者	住所	電話番号：		
	実際の居住地	※上記住所と異なる場合のみ記入		
	フリガナ		生年月日	年 月 日（ 歳）
	氏名			
要介護度	1 2 3 4 5	認定日	年 月 日	
要介護1～3の場合は、直近の認定調査において「排尿」又は「排便」の項目で「全介助」又は「一部介助」とされている必要があります。認定調査のときと状態が大きく変わっている場合は、下記の「現在の紙おむつ等の使用状況」の欄に、その状況を特に具体的に記入してください。				
介護保険料段階	<input type="checkbox"/> 1～3 <input type="checkbox"/> 4～13	介護保険料の滞納	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
希望業者	第1順位		希望商品 No.	
	第2順位			
	第3順位			
業者と商品No.は、市ウェブサイトから確認することができます。希望商品については利用決定後に業者と調整することも可能（空欄で可）ですが、希望業者は必ず優先度の高い順から1業者以上記入してください。 ※年度ごとに業者と商品No.は異なりますので、申請時に必ず最新のものを確認してください。 URL： https://www.city.kasuga.fukuoka.jp/kosodate/kourei/kaigo/1001970.html （ページ番号：1001970）				
現在の紙おむつ等の使用状況 ※ケアマネジャー又は包括職員が記入すること。	※別紙（任意様式）の提出でも可。			
上記の記入者		所属		
業者との調整者	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> その他（下欄に記入）			
	氏名		続柄	電話番号

【添付書類】

居宅サービス計画書第1表・第2表の写し（第2表は当該サービスに係る部分のみで可）

※グループホーム等に入所中の場合は、上記に相当する書類の写しを提出すること。