

小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業 申請書

令和 年 月 日

小山市長 様

申請者	住所	小山市
	氏名	(続柄)
	電話	( )

※申請者は市内に住所を有し、かつ在宅の高齢者等を介護している家族になります。

下記の通り申請します。

介護用品使用者	ふりがな			生年月日	明大昭	年	月	日
	氏名							
	年齢	歳	自治会名	※不明な場合や加入していない場合は空欄で可				
	住所	〒	—	小山市	性別	男・女		
認定者区分	*該当する箇所に○を付けてください。(次のいずれかに該当する方が対象です)							
	1. 要介護認定者 ( 要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5 )							
	※( <input type="checkbox"/> 在宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している。 ) 該当する場合は✓を記入してください。							
世帯員状況	*使用者の方と、同一住所世帯員の方をご記入ください。							
	氏名	続柄	生年月日		性別	備考		
			大昭平令 . . .		男・女			
			大昭平令 . . .		男・女			
			大昭平令 . . .		男・女			
			大昭平令 . . .		男・女			
郵送先	※記入がない場合は、申請者宛に紙おむつ券を郵送いたします。郵送先を指定したい場合はご記入ください。							
	氏名	(続柄)			連絡先			
	住所	〒	—					
注意	※様式第2号「小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業に関する承諾書」を添付してください。							
	※申請者は市内に住所を有し、かつ在宅の高齢者を介護している家族になります。							

(高齢生きがい課使用欄) 下記の通り、給付を決定します。

給付決定	給付枚数	備考	調査結果
可・否	枚		保険料区分: 課税状況: 課税・非課税
発送日	令和 年 月 日	受理番号	要介護度: ストマ装具: 有・無

小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業 申請書

令和 年 月 日

小山市長 様

申請者	住所	小山市 中央町1-1-1		
	氏名	小山 花子		(続柄) 妻
	電話	〇〇〇〇	( ×× )	△△△△

※申請者は市内に住所を有し、かつ在宅の高齢者等を介護している家族になります。

下記の通り申請します。

介護用品使用者	ふりがな	おやま たろう			生年 月日	明 大 昭	〇〇年 × 月 △△ 日
	氏名	小山 太郎					
	年齢	×× 歳		自治会名	※不明な場合や加入していない場合は空欄で可 〇〇自治会		
	住所	〒323-0023	小山市 中央町1-1-1		性別	男・女	
認定者区分	*該当する箇所に○を付けてください。(次のいずれかに該当する方が対象です)						
	1. 要介護認定者 ( 要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・ <b>要介護 5</b> )						
	※( <input checked="" type="checkbox"/> 在宅で生活している。 <input checked="" type="checkbox"/> 常時おむつを使用している。 ) 該当する場合は✓を記入してください。						
世帯員状況	*使用者の方と、同一住所世帯員の方をご記入ください。						
	氏名	続柄	生年月日		性別	備考	
	小山 花子	妻	大昭平令 〇・〇〇・〇〇・		男・女	女	
	小山 一太郎	長男	大昭平令 〇・〇〇・〇〇・		男・女	男	
			大昭平令 . . .		男・女		
			大昭平令 . . .		男・女		
郵送先	※記入がない場合は、申請者宛に紙おむつ券を郵送いたします。郵送先を指定したい場合はご記入ください。						
	氏名	(続柄)			連絡先		
	住所	〒 -					
注意	※様式第2号「小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業に関する承諾書」を添付してください。						
	※申請者は市内に住所を有し、かつ在宅の高齢者を介護している家族になります。						

(高齢生きがい課使用欄) 下記の通り、給付を決定します。

給付決定	給付枚数	備考		調査結果
可・否	枚			保険料区分:
				課税状況: 課税・非課税
発送日	令和 年 月 日	受理番号	要介護度:	
			ストマ装具: 有・無	

様式第2号

**小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業**に関する  
課税状況及び要介護度等調査承諾書

令和 年 月 日

小山市長様

小山市家族介護用品(紙おむつ券)支給事業の申請に関して

① 対象者及び世帯員の市県民税の課税状況、対象者の要介護認定の状況を調査することに同意します。

② 地域にお住いの高齢者支援に、役立てていただくことを目的として  
担当地区の民生委員へ本申請に関する情報を提供することに

同意します。

同意しません。

※チェックを記入して下さい。

なお、給付の可否及び給付内容については小山市で審査決定いたします。

給付対象者	住 所	小山市	
	氏 名		印
	電 話		

申請者	住 所	小山市	
	氏 名		印
	電 話		

(高齢生きがい課)

**小山市家族介護用品(紙おむつ券)給付事業**に関する  
課税状況及び要介護度等調査承諾書

令和 年 月 日

小 山 市 長 様

小山市家族介護用品(紙おむつ券)支給事業の申請に関して

① 対象者及び世帯員の市県民税の課税状況、対象者の要介護認定の状況を調査することに同意します。

② 地域にお住いの高齢者支援に、役立てていただくことを目的として担当地区の民生委員へ本申請に関する情報を提供することに

同意します。

同意しません。

※チェックを記入して下さい。

なお、給付の可否及び給付内容については小山市で審査決定いたします。

給付対象者 住 所 小山市 中央町1-1-1  
氏 名 小 山 太 郎  
電 話 0 2 8 5 - 2 2 - 9 6 1 6

申請者 住 所 小山市 中央町1-1-1  
氏 名 小 山 花 子  
電 話 0 2 8 5 - 2 2 - 9 6 1 6

※押印必須



(高齢生きがい課)