

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								
	住所	〒	一	小山市					
	自治会	※不明な場合や加入していない場合は空欄で可							
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)								
	※(☐ 在宅で生活している。 ☐ 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			
			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	〒	一						
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	身障手帳	有 無	保険料区分:
		宛名コード		課税状況: 課税 ・ 非課税
発送日	令和 年 月 日	受理番号	特 一	要介護度: 介
			No	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			
	住所	〒323-0023 小山市中央町 1-1-1			
	自治会	〇〇自治会 ※不明な場合や加入していない場合は空欄で可			
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)				
	※(☒ 在宅で生活している。 ☒ 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	
	小山 一太郎	長男	大昭平令 〇・〇〇・〇〇・	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	身障手帳	有 無	保険料区分:
		宛名コード		課税状況: 課税 ・ 非課税
発送日	令和 年 月 日	受理番号	特 ー No	要介護度: 介
				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
電 話

印

申請者 住 所 小山市
氏 名
電 話

印

(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 0285-22-9616

申請者 住 所 小山市 中央町1-1-1
氏 名 小山 花子
電 話 0285-22-9616

※押印必須

(高齢生きがい課)