様式第２号

　　　尾道市家族介護用品購入助成券交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

尾道市長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 住所 | 〒 |
|  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　 　　　　 |
| 電話番号 | 　 |
| 要介護者との関係 | 　 |

家族介護用品購入助成券の交付を次のとおり申請します。

なお、交付決定に当たって、次の尾道市確認欄の①から④までについて調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　要 介 護 者 | 　フリガナ　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　 |  保険者番号　　　３４２０５５ |  |
|  被保険者番号 |
| 　住　　所尾道市 |  生年月日　　　　年　　月　　日生 |

|  |
| --- |
| 　 |

◎介護支援専門員の証明欄

|  |  |
| --- | --- |
| 　私は、次の事項に相違ないことを証明します。 　　　・要介護者の介護用品（紙おむつ等）の必要性　　　　　　　有　　　・　　　無 　　　・要介護者の要介護度（　要介護３・要介護４・要介護５　）認定有効期間　　　　　年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日 　　　・要介護者の入院等の状況　　無（在宅）　　・　　有（有の場合、退院（退所）予定　　月　　日） |  |
| 介護支援専門員の所属する居宅介護支援事業所の名称 | 介護支援専門員　氏名 |
|  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  　　介護支援専門員記載日　　　　　年　　月　　日 |

　◎尾道市確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①介護認定 | 要介護3・要介護4・要介護5・その他 | 受付番号 | 　 |
| ②世帯の市民税 | 課税　　・　　非課税 | 受付年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ③排尿・排便 | 自立　・　見守り等又は介助 | 決裁年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ④ズボン等の着脱 | 自立　・　見守り等又は介助 | 係　　　員 | 係　長 | 課　長 |
| 交付結果 | 交付　　・　　不交付 | 　 | 　 | 　 |
| 却下の理由 | 　 |