

様式第1号（第4条関係）

新座市高齢者おむつ等給付申請書

年 月 日

（申請先） 新座市長

住 所
申請者 氏 名
電 話 番 号

おむつ等の給付を受けたいので、新座市高齢者おむつ等給付事業実施要綱第4条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名		(年齢)	(歳)
対象者住所	新座市		
介護保険被保険者番号		要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
現在の様子	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 病院・施設名 () 入院・入所日 年 月 日		
	申請理由		
金融機関情報	金融機関		銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所
	金融機関コード		支店コード
	口座番号	普通	
	フリガナ		
	口座名義		

※ 添付書類

- 1 介護保険被保険者証の写し（介護保険者が新座市の場合は不要）
- 2 市民税課税証明書（申請月が4～9月→前年度分、10～3月→当該年度分）
 ※ 申請日の前年の1月1日（10～3月に申請する方は当該年の1月1日）に、対象者と同一世帯の全ての方が新座市の住民である場合は不要。
- 3 失禁状態を証明する書類（介護保険認定情報等で確認できる場合は不要）
- 4 委任状（対象者以外の御親族名義の金融機関口座への振込みを希望の場合）

※ 償還払い（御自分でおむつ等を購入し、市に請求する方式）の場合は、金融機関情報を必ず記入すること。

※ 窓口に来た方 氏 名 _____ 続柄 ()
 電 話 番 号 _____

個人情報利用目的外利用同意書 (世帯確認用)

年 月 日

本同意書を提出した日から高齢者福祉サービス等を廃止するまでの期間、以下の者の住民基本台帳情報、所得情報、年金情報、市税等の課税並びに納税情報、介護保険情報、生活保護情報及び障がい者に係る情報に関して、関連部局に確認することに同意します。

同意者

※ 対象者及び対象者と同一世帯に属する全ての方

同意者住所及び氏名		続柄
対象者	住 所 新座市	本人
	氏 名	
対象者と同一世帯の方	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	

※ 確認した個人情報は、その目的の範囲を超えて利用することはありません。