

## 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

新座市高齢者おむつ等給付事業を利用したいので、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、次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                                                                                 |    |      |                  |        |       |  |                 |
| 現在の状況①     | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 |    |      |                  |        |       |  |                 |
|            | 病院・施設名 ( )<br>入院・入所日： 年 月 日                                                         |    |      |                  |        |       |  |                 |
| 現在の状況②     | <input type="checkbox"/> 生活保護法による保護及び中国残留邦人等支援法による支援給付を受けていない。                      |    |      | 要介護度             | 要介護( ) |       |  |                 |
| おむつ等が必要な理由 | 例：疾患等により自身で排泄をコントロールすることができないから。                                                    |    |      |                  |        |       |  |                 |
| 金融機関情報     | 金融機関                                                                                |    |      | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 支店     |       |  | 本店<br>支店<br>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                                                                                |    |      |                  |        |       |  |                 |

## &lt;添付書類&gt;

- 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（御自身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してください。

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。