

# 神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和6年度	申請日	令和	年	月	日	
1. 申請者  (神戸市に居住し介護している家族)  いない場合のみ利用者本人による申請可	住民票の住所 〒 - 神戸市 区						
	住んでいる所 〒 - 神戸市 区 <small>住民票と同じ場合は記入不要</small>						
	(フリガナ)			生年月日		利用者との続柄	
	氏名			T・S・H 年 月 日		日中の連絡先 - -	
2. 紙おむつ利用者	住民票の住所 〒 - 神戸市 区						
	住んでいる所 〒 - 神戸市 区 <small>施設入居の場合は施設名称もご記入ください</small>						
	(フリガナ)			生年月日			
	氏名			印	T・S		年 月 日
3. 要件 確認欄  該当する箇所を○で囲んでください。	現在の要介護状態区分		要介護 4・5				
	要介護認定期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	利用者とその世帯員全員が非課税ですか		非課税 ・ 課税 (→対象外)				
	現在、施設入所していますか <small>(有料老人ホーム等を除く)</small>		いいえ ・ はい (→対象外)				
	現在、入院していますか (退院後の申請可)		いいえ ・ はい (→退院後に申請してください)				
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給		していない ・ 受給中 (→対象外)				
	利用者を介護する家族が市内に居住		している ・ していない (→本人で申請してください)				
4. 利用者の住民票上の世帯構成員	氏名		続柄		生年月日		<神戸市記入欄>
			利用者本人		T・S 年 月 日		
					T・S・H・R 年 月 日		
					T・S・H・R 年 月 日		
					T・S・H・R 年 月 日		
5. 担当 ケアマネジャー	事業所名						
	担当者		電話番号		- -		

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合があります。

-----<神戸市記入欄>-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No. )		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
整理番号No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	