

年 月 日

盛岡市長 内 舘 茂 様

申請者（対象者又は当該対象者の家族）

住 所	〒
ふりがな	
氏 名	㊟（※） ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
電話番号	
対象者（在宅要介護高齢者）との続柄	

盛岡市在宅要介護高齢者紙おむつ助成事業利用申請書

盛岡市在宅要介護高齢者紙おむつ助成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所	〒 盛岡市 ※対象者が入所している場合は、入所施設名等を記入してください。 施設名：（ ） 電話番号：（ ） 【注意】 次の場合は申請できません。 1 要綱第 2（2）に掲げる施設に入所している場合 2 申請日に医療機関に入院している場合
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
	要介護度	
紙おむつを常時使用するようになった時期		年 月 頃

対象者は、次のとおりであることを証明します。

年 月 日

ねたきりの状態又は失禁の状態が

- 1 6月以上継続している。
- 2 今後6月以上継続することが予想される。

証明者 住 所

所属(機関)名

職 名

氏 名

㊟ (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電 話 番 号

※証明者は、1の場合は医師、介護支援専門員、地域包括支援センター職員（主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師）等、2の場合は医師とします。

◎申請手続きに関する確認等を円滑に行うため、申請者以外に連絡可能な担当者（介護支援専門員等）がいる場合は、下欄に御記入ください。

事業所名	
電話番号	
担当者氏名	

同意書

令和 年 月 日

盛岡市長 内 舘 茂 様

盛岡市在宅要介護高齢者紙おむつ助成事業の申請の審査を実施するため、市が対象者及びその同居者に関する以下の情報を必要に応じて確認することに同意します。

- (1) 対象者及びその同居者の市県民税課税状況
- (2) 対象者の要介護認定における認定調査票
- (3) 生活保護による保護又は中国残留邦人等に対する支援給付の受給の有無

【対象者及びその同居者】

※対象者の同居する全員の氏名を記載してください。

	ふりがな 氏名	対象者 との続柄	生年月日
1		本人	大正・昭和 年 月 日
2			大正・昭和・平成・令和 年 月 日
3			大正・昭和・平成・令和 年 月 日
4			大正・昭和・平成・令和 年 月 日
5			大正・昭和・平成・令和 年 月 日
6			大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※ 本市で市県民税が非課税であることを確認できない方（例：転入された方等）については、**転入前の市区町村で発行された市県民税の非課税が確認できる証明書**（市県民税非課税証明書、又は所得・課税証明書等のうち「非課税」の記載があるもの）を御提出ください。

なお、申請月により必要となる証明書の年度が異なりますので、**申請時点で最新（直近年度）の証明書**を御提出ください。

また、転入でない方であっても、**本市で非課税であることを確認できない場合**には、同様に証明書の添付をお願いします。（本市で非課税であることを確認できる場合は、証明書の提出は不要です。）