

旭川市家族介護用品購入助成申請書兼同意書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

年度旭川市家族介護用品購入助成事業による助成を受けたいので、次のとおり申請します。

1 申請者（主たる介護者）

住 所	旭川市				
氏 名	ふりがな -----	要介護者 との続柄		連絡先	

2 要介護者（紙おむつを必要とする方）について

住 所	旭川市				
氏 名	ふりがな -----	生年月日	明 大 昭	年	月 日

3 対象要件について（次の各要件について、「はい」「いいえ」当てはまる方に○を付けてください。）

要件 1	紙おむつを必要とする方は、65歳以上ですか。	はい	いいえ
要件 2	紙おむつを必要とする方は、旭川市に住民票がありますか。	はい	いいえ
要件 3	紙おむつを必要とする方は、要介護2以上の方ですか。	はい	いいえ
要件 4	紙おむつを必要とする方は、現在、在宅で生活され、今後も在宅生活を継続される予定ですか。	はい	いいえ
要件 5	紙おむつ等の購入費用が、1か月当たり4,500円以上かかりますか。	はい	いいえ
要件 6	申請者と要介護者は、住民票上同一世帯ですか。	はい	いいえ
要件 7	① トイレ等排泄場所への移動が困難なため、排泄を紙おむつに頼らざるを得ない状態ですか。	はい	いいえ
	② 認知症により、尿意又は便意が不鮮明で常時失禁状態にありますか。	はい	いいえ

4 届出者（申請者と窓口に来られる方が違う場合に御記入ください。）

氏 名	ふりがな -----	申請者 との関係		連絡先	
-----	---------------	-------------	--	-----	--

同意書

この事業の対象となるか否かの決定に当たり、私の要介護認定の状況並びに市民税の課税区分及び世帯構成員の個人情報について関係機関において閲覧（照会）すること、要介護認定における認定調査票及び主治医意見書を閲覧することについて同意します。

要介護者（紙おむつを必要とする方） 印

《旭川市記入欄》

確認者	要介護認定状況							世帯状況	
	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	該当
介護保険被保険者番号				市民税課税区分					
				課税		非課税			