

旭川市家族介護用品購入助成申請書兼同意書

令和3年 12月 1日

申請年度を記載してください。

(宛先) 旭川市長

令和3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

記入した日付を入れてください。

1 申請者（主たる介護者）

住 所	旭川市 6条通9丁目46番地				
氏 名	ふりがな あさひかわ はなこ 旭川 花子	要介護者との続柄	妻	連絡先	26-1111

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 6条通9丁目46番地				
氏 名	ふりがな あさひかわ たろう 旭川 太郎	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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
要件6	申請者と要介護者は、住民票上同一世帯ですか。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	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。	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 あさひかわ じろう 旭川 次郎	申請者との関係	弟	連絡先	△△-〇〇□□
-----	-------------------------	---------	---	-----	---------

この事業の対象となるか否かの決定に当たり、申請者及び要介護者の個人情報について関係機関において閲覧し、主治医意見書を閲覧することについて同意します。

紙おむつを必要とする方の名前を記入してください。

紙おむつを必要とする方の印鑑を押してください。

要介護者（紙おむつを必要とする方） **旭川 太郎** 印

《旭川市記入欄》

確認者	要介護認定状況	世帯状況
		非該当

記入しないでください。