

様式第1号（第4条関係）

おむつサービス申請書

令和 年 月 日

深谷市長 宛て

申請者 住所
氏名
続柄
電話番号

下記により、おむつのサービスを受けたいので、別記の事項に同意して申請します。

記

| | | | | |
|-------|-----------|---|-------------------------------|--------|
| 対象者 | 住所 | 深谷市 | 電話 | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日生（ 歳） | | |
| 1 | 65歳以上の高齢者 | 要介護状態区分 (認定有効期間) | 3（排尿・排便全介助）・4・5 (年 月 日まで) | 被保険者番号 |
| 2 | 3歳以上の障害児者 | 身体障害者手帳 療育手帳 | 級 総合判定 | |
| 3 | 40歳～64歳の者 | 要介護状態区分 (認定有効期間) | 3（排尿・排便全介助）・4・5 (年 月 日まで) | 被保険者番号 |
| 業者の選択 | | <input type="checkbox"/> 白十字販売(株) <input type="checkbox"/> 高橋医科器械店 <input type="checkbox"/> 成玉舎 | | |
| 課税状況 | | 課税（第 段階） ・ 非課税 | | |
| 備考 | | 配送先： 連絡先： | | |

別記：上記申請に係る審査に必要な下記の情報について、市が調査することに世帯全員が同意します。

- ① 対象者の介護保険給付状況
- ② 対象者の障害者手帳給付状況
- ③ 世帯全員の介護保険料の所得段階区分又は市民税課税状況