

鹿沼市長 宛

(紙オムツを使う人) 申請者	氏名 (自署)	フリガナ	申請日	年 月 日	※窓口チェック欄 ☐ 介護保険証 ☐ その他 ()	
			生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		
		電話番号	- -			
	住所	〒 - 鹿沼市 ※紙オムツ券は申請者宛てに送付します。			※代筆の場合 (代筆者氏名) (住所)	
	要介護認定状況	要介護 5 4 3 2 (該当する数字に○)				
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
私は次の要件に該当します。(該当する場合は ☒ を入れてください。)						
☐ 現在、在宅で生活をしている ※1 医療機関に入院中の方や施設等に入所または入居中の方は申請できません。 ※2 小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスのみ利用し、在宅の期間がない方も申請できません。						
☐ 寝たきり若しくは認知症等のため常時紙オムツを使用している						
☐ 別途、指定ごみ袋交付申請書を提出する(希望者のみ)						
代行申請者	氏名	申請者との関係				※代行申請者の確認 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証/資格確認書 ☐ 介護支援専門員証/職員証 ☐ その他 ()
		電話番号	- -			
住所	〒 - ※代行申請者がケアマネジャーの場合、住所欄は事業所名を記入してください。					

審査	要介護認定状況 ☐ (確認日 /)		ごみ袋交付申請	有 ・ 無
	市税等納付状況 ☐ (確認日 /) 滞納 有 ・ 無		送付先変更	有 ・ 無
給付の 可 否	可	枚(月～ 月分) 郵送 /	住民番号	
	否	交付済 ・ 要件非該当 ☐介護度 ☐滞納 ☐その他() 	台帳番号	