

第1号様式(第5条関係)

北谷町介護用品給付申請書

年 月 日

北谷町長 様

申請者(介護者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号

介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

- 本事業の利用のための手続き等に関して、北谷町が住民登録資料、税務関係資料、介護認定情報その他について、介護支援専門員を含む各関係部署に調査、照会又は閲覧することについて承諾します。裏面の同意事項についても同意します。

要 介 護 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
介 護 度	要介護	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 無
紙おむつの使用開始時期		年 月から
在 宅 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院(退院予定日:)	
生 活 保 護 の 受 給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
町税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
給 付 券 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住 所 氏 名 続柄 () 電話番号	
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> ケアプランの写し (居宅サービス計画書)	

※ 裏面同意事項あり→

【同意事項】

私は、北谷町介護用品給付事業について、次のことに同意し申請書を提出します。

- 北谷町介護用品給付券（月1枚、上限7,000円）を指定事業者に提出することにより、介護用品の支給を受けることができます。
- 介護用品は、①紙おむつ ②尿取りパット ③おしり拭き ④使い捨て手袋 ⑤使い捨て介護用シーツの5種類です。
- 給付限度額（月額7,000円）を超えた分は自己負担となります。
- 給付限度額（月額7,000円）未満の場合は、翌月へ繰り越すことやおつりはありません。
- 有効期間外に使用することはできません。
- 転出、施設入所、死亡、4か月以上の入院（入院した日の属する月を第1月と計算します）、介護度の変更（要介護2、1、要支援2又は1）、生活保護の受給など、受給要件を満たさなくなったときは、速やかに給付券を町に返還してください。給付券を返還せずに使用した場合、費用の全部又は一部を返還してもらう場合があります。
- この給付券を第三者に譲渡又は貸与、虚偽又は不正に使用したときは、費用の全部又は一部を返還してもらう場合があります。