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	□申請者と同じ
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
介護度		要介護　□３　　□４　　□５　　□無
紙おむつの使用開始時期		年　　月から
在宅の状況		□在宅　　□入院（退院予定日：　　）
生活保護の受給		□有　　□無
町税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納		□有　　□無
給付券の送付先		□　申請者と同じ 住　　所 氏　　名　　続柄（　　） 電話番号
添付資料		□　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。

□ 有効期限が切れた北谷町介護用品給付券は、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の返還を求める場合があります。

□ 北谷町介護用品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の返還を求める場合があります。