

神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。**(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)**

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和7年度		申請日	令和	年	月	日
1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族) いない場合のみ利用者本人による申請可	住民票の住所 神戸市 区						
	住んでいる住所 神戸市 区 <small>住民票と同じ場合は記入不要</small>						
	(フリガナ)		生年月日		利用者との続柄		
	氏名		T・S・H		日中の連絡先		
		年 月 日		— —			
2.紙おむつ利用者	住民票の住所 神戸市 区						
	住んでいる所 神戸市 区 <small>施設入居の場合は施設名称もご記入ください</small>						
	(フリガナ)		生年月日				
	氏名		印		T・S		
		※自署の場合は押印不要					
3.要件 確認欄 該当する箇所を○で囲んでください。	現在の要介護状態区分		要介護 4・5				
			要介護認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	利用者とその世帯員全員が非課税ですか。		非課税 ・ 課税(→対象外)				
	現在、施設入所していますか。 (有料老人ホーム等を除く)		いいえ ・ はい(→対象外)				
	現在、入院していますか。(退院後の申請可)		いいえ ・ はい(→退院後に申請してください)				
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給 利用者を介護する家族が市内に居住		していない ・ 受給中(→対象外) している ・ していない(→本人で申請してください)				
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日			<神戸市記入欄>	
		利用者本人	T・S	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
			T・S・H・R	年	月	日	
5.担当ケアマネジャー	事業所名						
	担当者		電話番号		— —		

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合があります。

-----<神戸市記入欄>-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
整理番号No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	