

令和7年度飯田市介護用品処理負担軽減事業申請書（4月1日基準日用）

令和 年 月 日

飯田市長

(申請者) 住 所 飯田市
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 要介護者からみた続柄 _____

飯田市介護用品処理負担軽減事業実施要領第3条の規定により、以下のとおり申請します。
 なお、次回基準日の10月1日に対象者でなくなった場合は、自動的に申請を取り下げます。

1 対象となる要介護者（要介護3～5以外は支給対象外）

住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <u>飯田市</u>		
フリガナ		資格区分	要介護 3・4・5
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者の電話番号と同じ _____

2 介護の状況（どちらかでも「いいえ」の場合は支給対象外）

要介護者は、おむつ、尿取りパッド等の介護用品を使用していますか	はい・いいえ
要介護者は、在宅介護（※）を受けていますか	はい・いいえ

※在宅介護とは申請日以降1ヶ月のうちに半月以上の入院及び施設入所の予定がない状態です。

施設入所とは以下の施設の利用を指します。

ショートステイ、（地域密着型）介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、
 グループホーム、（地域密着型）特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、
 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム

受取者氏名		要介護者からみた続柄	
-------	--	------------	--

【飯田市処理欄（記載不要）】

受付日	受付番号	担当	判定
			支給・不支給