

令和 7 年度飯田市介護用品処理負担軽減事業申請書（      月      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。

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

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 |