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 | □　申請者の住所と同じ飯田市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 | □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 |