

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 〒 ー 神戸市 区							
	住んで いる住所 〒 ー 神戸市 区 住民票と同じ場合は記入不要							
	(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			ー ー				
2.紙おむつ利用者	住民票の住所 〒 ー 神戸市 区							
	住んで いる所 〒 ー 神戸市 区 施設入居の場合は施設名称もご記入ください							
	(フリガナ)			生年月日				
	氏 名			T・S		年 月 日		
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			していない ・ 受給中(→対象外)				
	利用者を介護する家族が市内に居住			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		ー ー		

※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>-----

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