

【下記①・②共通事項】

住民票上の住所と、住んでいる住所が異なる場合は

「住民票の住所」「住んでいる住所」の両方を記入してください。

①「**申請者**」は神戸市内に居住し、介護している家族です。
・神戸市内に介護家族がない場合のみ、本人での申請が可能です。
・成年後見人が申請者となる際：登記事項証明書（写し可）を添付してください。

②「**利用者（紙おむつを必要とする方）**」の情報を記入してください。
・利用者本人が自署した場合は氏名欄の押印は不要です。

③**要件確認欄**の該当箇所に「○」を囲んでください。
・介護保険被保険者証の要介護度と要介護認定期間を記入してください。
・認定の有効期間前の申請は受付できません。
・介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の写しの添付は不要です。
【要件について】※要件確認欄に該当しない場合、**当事業の対象とはなりません。**
・介護保険負担割合証に記載のある「利用者負担の割合が1割」かつ保

④**利用者の住民票の同一世帯員全員**を記入してください。
・住民票の世帯が異なる場合は、同住所に住んでいても記入は不要です。

⑤**担当のケアマネジャー**を記入してください。
・申請内容について、確認させていただく場合があります。

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7年4月1日			
① 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	〒650-△△△△ 神戸市 中央 区 加納町△丁目△番△号		
	住んでいる住所 住民票と同じ場合は記入不要	〒- 神戸市 区		
	(フリガナ) コウベ イチコ	生年月日	利用者との続柄	
	氏 名 神戸 市子	T・S・H 35年4月1日	長女 日中の連絡先 080-xxxx-xxxx	
② 2.紙おむつ利用者	住民票の住所	〒652-〇〇〇〇 神戸市 兵庫 区 荒田町〇丁目〇番〇号		
	住んでいる所 施設入居の場合は施設名称もご記入ください	〒652-〇〇〇〇 神戸市 西 区 桃台□丁目□番□号		
	(フリガナ) コウベ タロウ	生年月日		
	氏 名 神戸 太郎	T・S 5年5月1日		
③ 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7年1月1日～令和7年12月31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 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 太郎		利用者本人	T・S 5年5月1日	
神戸 花子		妻	T・S・H・R 5年6月1日	
			T・S・H・R 年 月 日	
			T・S・H・R 年 月 日	
⑤ 5.担当ケアマネジャー	事業所名	居宅介護支援事業所 ●●		
	担当者	兵庫 一郎	電話番号	078-xxx-xxxx

※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	