様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）筑紫野市長

筑紫野市紙おむつ給付申込書

筑紫野市紙おむつ給付サービス事業実施要綱第５条の規定により申し込みます。

なお、私は、この事業の実施において市長が必要な情報を関係機関等に提供すること並びに介護保険の認定、保険料、滞納状況に関する情報、住所世帯等に関する情報及び市民税課税情報を閲覧することについて同意します。

ふりがな 氏　名		生年 月日	年　　月　　日
住　所	〒818-00 筑紫野市　　（TEL　　）		
世帯状況	□一人暮らし　□高齢者のみ世帯　□同居世帯　□施設入所		
確認事項 ※最新のOCRより情報を転記（該当する項目に○を記入）	□介護度・認定日　要支援（　　）要介護（　　）　年　　月　　日		
	□排尿　介助されていない・見守り等・一部介助・全介助		
	□排便　介助されていない・見守り等・一部介助・全介助		
	□ズボン等の着脱　介助されていない・見守り等・一部介助・全介助		
備考	□ 配達業者の希望　希望なし・希望あり ｹｱﾙｰﾄ・ﾊｰﾃｯｸ・つくしﾒﾃﾞｨｶﾙ・ﾍﾞｽﾄｻﾎﾟｰﾄ		
	□ 不在時の連絡先 氏名　　（続柄　　） 連絡先（TEL　　）		
	□ 業者からの連絡先　※不在時と同様の場合、同上と記入 氏名　　（続柄　　） 連絡先（TEL　　）		
	□ 決定通知の送付先　※氏名・住所と同様の場合は、同上と記入 宛名 住所		
	□ 配達先（自宅以外の場合は住所）※施設入所の場合は、施設名も記入 自宅　・　自宅以外（　　）		
	□ 担当ケアマネジャー（事業所名・氏名・連絡先） 事業所名　　氏名 連絡先（TEL　　）		

□ 申込者が第2号被保険者の場合　　※世帯員全員の名前を記入

世帯員同意欄

私は、この事業の実施において市長が市民税課税情報を閲覧することについて同意します。

（世帯員氏名）

＿＿＿