

八戸市介護用品支給申請書

(あて先) 八戸市長

住所
申請者 氏名
電話

下記のとおり、介護用品の支給を申請します。

なお、申請書の審査にあたり私及び被介護者世帯の市民税の課税状況について、
税務関係部局に報告を求めることについて同意します。

主 介 護 者	住所	八戸市		
	氏名		年齢	才
	電話		生年月日	年 月 日
被 介 護 者	住所	八戸市		
	氏名		年齢	才
	電話		生年月日	年 月 日
	介護度	要介護 4 ・ 5	認定年月日	年 月 日
	ケアプラン作成居宅支援事業者名	担当 電話		
紙おむつの 希望タイプ	<input type="checkbox"/> パンツ（はくタイプ）紙おむつ S・M・L・LL サイズに○を <input type="checkbox"/> パンツ（脇止めタイプ）紙おむつ S・M・L 付けてください <input type="checkbox"/> フラットタイプ <input type="checkbox"/> 尿取りパット			
	品名（サイズ）		No.	
配達場所	八戸市	電話		
住所略図 目印となる 場所・建物 など記入				

八戸市介護用品支給変更届

(あて先) 八戸市長

住所
申請者 氏名
電話

下記のとおり、申請事項に変更があったので届出ます。

(被介護者氏名と変更事項のみ記入)

		変 更 後	変 更 前
被 介 護 者	氏 名		
	変 更 事 項	住所	
		電話	
		介護度	要 介 護 4 ・ 5
介 護 者	変 更 事 項	氏名	
		住所	
		電話	
変更年月日	令和 年 月 日		
紙おむつの タイプの 変 更	<input type="checkbox"/> パンツ（はくタイプ）紙おむつ S・M・L・LL サイズに○を <input type="checkbox"/> パンツ（脇止めタイプ）紙おむつ S・M・L 付けてください <input type="checkbox"/> フラットタイプ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">品名（サイズ）</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px; margin-left: 100px;">No.</div>		
配達場所	八戸市	電話	
住所略図 目印となる 場所・建物 など記入			

令和 年 月 日

八戸市介護用品支給資格喪失届

(あて先) 八戸市長

住所
申請者 氏名
電話

八戸市介護用品支給資格を喪失したので届出ます。

主介護者氏名		生年月日	年 月 日
被介護者氏名		生年月日	年 月 日
喪失理由	在宅でなくなった	令和 年 月 日 (入院・施設入所・死亡・その他)	
	転出による	令和 年 月 日に転出 ※転出先市区町村 ()	
	要介護度の変更	・認定年月日 令和 年 月 日	要介護度 () から 要介護度 () へ変更
		・認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
その他			