

# 令和6年度 寝屋川市家族介護用品支給事業利用申請書

フリガナ			
要介護者氏名		明・大・昭	年 月 日生
住 所	寝屋川市	要介護度	3・4・5
電話番号		年度世帯市民税	非課税
被保険者番号		生活保護受給	有・無
フリガナ			
家族介護者氏名		明・大・昭	年 月 日生
住 所	寝屋川市	要介護者との続柄	
電話番号		年度世帯市民税	非課税
(あて先) 寝屋川市長 上記のとおりであり、寝屋川市家族介護用品支給事業の利用を申請します。 令和 年 月 日 氏名 _____ 住所 寝屋川市 _____ 要介護者との続柄〔 _____ 〕			
[代行による申込みの場合] 事業所所在地 _____ 申込者 事業所名 _____ 代行者氏名 _____			

## 同意書

私は、市が家族介護用品支給事業を利用するために必要となる市町村民税の課税状況や心身状況等の情報を収集し、必要に応じ当該情報をサービス提供事業者等に提示することに同意します。

令和 年 月 日

要介護者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 寝屋川市 \_\_\_\_\_

家族介護者氏名 \_\_\_\_\_

住所 寝屋川市 \_\_\_\_\_

寝屋川市記入欄

1. 決定		2. 却下	
起案日	令和 年 月 日	決裁日	令和 年 月 日
本人世帯の状況		介護家族世帯の状況	
住民票等	有・無	住民票等	有・無
課税状況	課税・非課税	課税状況	課税・非課税
生活保護	受給(有・無)		

※ 裏面もご記入ください

オムツ(500円以内)

商品 番号	規 格			希望する サイズに ○	自己負担額 (1袋当たり)	希望する 個数	自己負担額 合計	
	品 名	サイズ	数量 (1袋)					
1	パンツタイプA	S	22枚		105円			
2		M~L	20枚					
3		L~LL	18枚					
4	パンツタイプB	S	22枚		115円			
5		M	20枚					
6		L	18枚					
7		LL	16枚					
8	テープタイプ	S	34枚		215円			
9		M	30枚					
10		L	26枚					
11	フラットタイプ(昼)	30枚(おむつ カバー必要)			100円			
12	フラットタイプ(夜)	30枚(おむつ カバー必要)			155円			
13	尿取りパッド	30枚		男女兼用	55円			
14		45枚		男性用	90円			
15	尿取りパッド(夜)	30枚			115円			
★ 合計 500円を超えることはできません								

介護用品(125円以内)

商品 番号	規 格			希望する サイズに ○	自己負担額 (1袋当たり)	希望する 個数	自己負担額 合計	
	品 名	サイズ	数量 (1袋)					
16	介護用手袋	S	100枚		65円			
17		M	100枚					
18		L	100枚					
19	ウエットティッシュ	70枚			30円			
20	流せる ウエットティッシュ	72枚			35円			
21	消臭剤	280ml			45円			
22	清拭剤	400ml			70円			
23	ドライシャンプー	200ml			55円			
★ 合計 125円を超えることはできません								