

令和 年 月 日

ふりがな
(申請者) 氏 名 利用者との続柄

住 所 越谷市

電話番号 (携帯)

利用者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 越谷市		
	電話番号		携帯	
	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 5 令和		
	性 別	1 男 2 女		
送付先	1 申請者宅 2 利用者宅 3 その他（下記送付先に記入）			
	ふりがな		利用者との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒 越谷市		
	電話番号		携帯	
備考				

受付者

1 申請対象世帯と必要な書類についてチェックしてください。

No.

(1) 申請対象世帯	(2) 対象ごとの提出書類	(3) 世帯の非課税確認書類
介護保険の認定を受けている方 ☐①要介護5 ☐②要介護4 ☐③要介護3 ☐④要介護2 ☐⑤要介護1 ☐ 介護保険被保険者証（コピー）		介護保険料通知の書類 ☐ 介護保険料決定通知書 （「介護保険料の算出基礎」が記載されたページのコピー） ☐ 介護保険料納入通知書 （「介護保険料の算出基礎」が記載されたページのコピー）
身体障害者手帳の交付を受けている方 ☐⑥身障1級 ☐⑦身障2級 ☐ 身体障害者手帳（コピー）		非課税世帯の書類 ☐ 住民票（世帯全員）の写し ☐ 市・県民税非課税証明書の写し（世帯全員）
療育手帳の交付を受けている方 ☐⑧療育(A) ☐⑨療育A ☐ 療育手帳（コピー）		生活保護受給世帯の書類 ☐ 生活保護受給者証（コピー）
2歳未満の子どもを養育している方 ☐⑩2歳未満 なし		

2 希望する配付業者をお選びください（○で囲む）。※1社のみ

① 高橋医科器械店 ② 日本ケーサーシステム ③ 成玉舎

3 希望する紙おむつ（パッド）の商品番号、個数等をご記入ください。

	商品番号	単価	個数	合計金額
1		円	個	円
2		円	個	円
3		円	個	円
4		円	個	円
5		円	個	円
6		円	個	円

総合計金額	円
自己負担金額 (総合計金額－5,000円)	円

※合計購入金額が**5,000円**を超えた分は自己負担となります。

※申し込み後に商品を変更する場合は、配付業者にご連絡をお願いします。