

かつらぎ町紙おむつ等支給申請書

年 月 日

かつらぎ町長 様

申請者	
住所	〒
氏名	印
支給対象者との続柄	
電話番号	

かつらぎ町紙おむつ等支給事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、紙おむつ等の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

対象者	住所	かつらぎ町大字			電話番号	
	ふりがな				性別	男 ・ 女
	氏名				生年月日	年 月 日
	被保険者番号				要介護度	1・2・3・4・5
	個人番号					
	要介護認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日				
世帯構成	氏 名		対象者との続柄	性別	年齢	個人番号
	対象者		本人	男・女		
	世帯員			男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
紙おむつ等が必要な理由						

※町記入欄	□該当	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 世帯非課税 <input type="checkbox"/> 介護保険料滞納状況 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	□非該当
		<input type="checkbox"/> 常時失禁状態及び紙おむつの必要性 (<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> その他())	

同意書

年 月 日

かつらぎ町長 様

紙おむつ等支給 の支給要件確認に係る資料とするため、対象者及び世帯全員の市町村民税課税状況を調査すること。

また、対象者の要介護認定に伴う主治医意見書を閲覧することに同意します。

	住 所	氏 名
対象者		①
世帯員		①
		①
		①
		①
		①