

紙おむつ等給付申請書

令和 年 月 日

出雲崎町長 様

住所
申請者 氏名
(利用者との続柄)

下記により、紙おむつ等の給付を受けたいので申請します。

記

利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	出雲崎町大字	電話番号	
心身の状況	<input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している。		
	<input type="checkbox"/> 要介護認定者	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
		障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	<input type="checkbox"/> 障害者	身体障害者手帳 第 号	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
療育手帳 第 号		<input type="checkbox"/> A	
精神保健福祉手帳 第 号		<input type="checkbox"/> 1級	
<input type="checkbox"/> その他	(理由)		
居住の状況	<input type="checkbox"/> 在宅		
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中 (病院・施設名：)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
助成の方法	<input type="checkbox"/> 給付券 <input type="checkbox"/> 償還払		

町記入欄（ここから下の欄には記入しないでください。）

助成資格	適・否 (理由：)
確認書類	・介護保険認定情報 ・障害者手帳 ・その他 ()