

紙おむつ等給付券交付申請書

年 月 日

始良市長 殿

紙おむつ等給付券の交付を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

記

申請者 (介護者)	氏名		住所				
	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年齢	歳	自治会	
	電話番号			性別	男・女	介護の対象者 との続柄	
介護 対象者 (紙おむつ 等を使用 する者)	氏名		住所				
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	年齢	歳	自治会	
	電話番号			性別	男・女		
	現在の要介護度			身体障害者手帳の有無		有・無	
介護 対象者 世帯員	氏名	続柄	年齢	備考			

※ 同意書には、介護対象者の氏名を記入すること。

同 意 書	
紙おむつ等給付券交付を受けるに当たり、下記の事項について同意します。	
1. 紙おむつ等給付券交付決定のため、本人の課税状況等について調査すること。	
2. 要介護認定・要支援認定にかかる調査内容を、長寿・障害福祉課長寿福祉係職員に提示すること。	
年 月 日	
住 所	
氏 名	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日	
始良市長 殿	

(市役所確認欄)

- ① 新規 ・ 更新 ② 課税 ・ 非課税 ⑤ 送付先 申請者 ・ 対象者 ※その他の場合は空欄に送り先を記入
- ③ 要介護度(支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5) []
- ④ 認定調査票(排尿:介助されていない 見守り等 一部介助 全介助) ⑥ 認定期間
- (排便:介助されていない 見守り等 一部介助 全介助) []