

様式第 1 号

平成 年 月 日

小国町長 仁科 洋一 殿

申請人 住所  
氏名

印

(本人との続柄 )

T E L

紙おむつ支給申請書

下記により、紙おむつ等の支給を申請します。

記

|                    |             |                                                      |      |                |
|--------------------|-------------|------------------------------------------------------|------|----------------|
| 1 本人の状況            |             |                                                      |      |                |
| ふりがな               |             | 性 別                                                  | 年 齢  | 満 歳            |
| 氏 名                |             | 男・女                                                  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |
| 住 所                | 小国町大字       |                                                      |      |                |
| 介護保険被保険者<br>証の所持状況 |             | 1 有 (要介護度 被保険者番号 )<br>(認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)<br>2 無 |      |                |
| 身体障害者手帳の<br>所持状況   |             | 1 有 (障害名及び等級 )<br>(手帳番号 山形県第 号)<br>2 無               |      |                |
| 2 日常生活の状況          | ねたきりの<br>状況 | 1 常時ねたきりの状況である 2 その他                                 |      |                |
|                    | 衣服の着脱       | 1 自分でできる 2 一部介助があればできる<br>3 全面介助を要する                 |      |                |
|                    | 食事          | 1 自分でできる 2 一部介助があればできる<br>3 全面介助を要する                 |      |                |
|                    | 入浴          | 1 自分でできる 2 一部介助があればできる<br>3 全面介助を要する                 |      |                |
|                    | 排泄          | 1 自分でできる 2 一部介助があればできる<br>3 全面介助を要する                 |      |                |
| 上記の状態になった時期        |             | 平成 年 月 日 (頃)                                         |      |                |

| 3 家族の状況   | 氏 名             | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職 業<br>(勤務先) | ※課税状況<br>町民税 |
|-----------|-----------------|----|----|------|--------------|--------------|
|           |                 | 本人 |    |      | ( )          | 有 ・ 無        |
|           |                 |    |    |      |              | 有 ・ 無        |
|           |                 |    |    |      |              | 有 ・ 無        |
|           |                 |    |    |      |              | 有 ・ 無        |
|           |                 |    |    |      |              | 有 ・ 無        |
|           |                 |    |    |      |              | 有 ・ 無        |
| 4 紙おむつの種類 | 希望する紙おむつの種類及び数量 |    |    |      |              |              |

※ 以下、小国町記入欄

|                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>上記申請に対し審査の結果、</p> <p>1 要綱基準に適合するため支給決定することとしていかがですか。</p> <p>(1) 要介護老人に該当</p> <p>① 要介護度 3・4・5 に適合<br/>認定の有効期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 まで</p> <p>② 認知症高齢者の日常生活自立度 III・IV・M に適合</p> <p>(2) 重度障害児者に該当</p> <p>2 支給しないこととしていかがですか。<br/>《却下理由》</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# 同意書

下記の審査に必要があるときには、私及び私の世帯員の町民税の課税状況について貴健康福祉課職員が閲覧調査することに同意します。

○ 紙おむつ支給事業 対象者の要件を審査するための町民税課税状況調査

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

小国町長 仁科 洋一 殿