

別記

第1号様式（第3条関係）

要介護認定者等紙おむつ支給申請書

年 月 日

西之表市長 様

西之表市要介護認定者等紙おむつ支給実施要綱により紙おむつの支給を申請します。

記

可能な限り、対象者とは別の方を記載してください。

申請者	住所	西之表市 番地 ()							
	氏名								
	続柄		電話番号	— —					
対象者	住所	西之表市 番地 ()							
	氏名								
	生年月日	M・T・S 年 月 日				性別	男・女		
						年齢	歳		
	要介護状態区分等	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	要支援2	要支援1	
	在宅・入院の別	1 在宅		2 入院 (病院等名)					

紙おむつを使用する方です。

※ 申請については、介護者が行って下さい。

※ 続柄については、対象者から見た申請者の続柄を記入してください。

※裏面も記載の確認をお願いします。

同意書

西之表市長 殿

要介護認定者等紙おむつ支給対象確認のために、下記の事項について同意します。

記

- 1 紙おむつ支給対象確認のため、本人の課税・収納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閲覧すること。
- 3 申請者または対象者の連絡先を必要がある場合に限り、取扱店へ開示すること。

令和 年 月 日

<対象者>

住所

氏名

紙おむつを現在使用している方になります。
※申請者ではありませんので、ご注意ください。

<申請者>

住所

氏名

申請者の同意欄になります。
対象者と申請者が同一の場合は同上でかまいません。
※申請者以外が代筆した場合は代筆者名まで署名をお願いします。