

決 裁	課 長	課長代理	係 長	所 員	係	受 付	令和 年 月 日
						伺 い	令和 年 月 日
						決 裁	令和 年 月 日
受給資格 の判定	要 紙おむつ助成対象者として認定し助成 券を交付してよろしいか伺います。				否 (理由)		

別記

第1号様式 (第3条関係)

紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

申請者 住所
氏名
(対象者との続柄)

次により、紙おむつ購入費の助成を申請します。

この事業の助成決定に係る審査のため、貴職において私の対象区分に関する情報及び私の世帯員の課税状況を調査することに、同意します。

対象者氏名 ㊞

対 象 者	住 所											
	氏 名					生年月日	年 月 日生(歳)					
	個人番号					電話番号	()					
対 象 区 分	1 要介護認定者 (要介護) 2 身体障害者手帳1級・2級 3 療育手帳A 4 精神障害者保健福祉手帳1級・2級 5 その他 ()											
おむつの使用	1 常時使用 2 その他 ()						1日当たりの使用枚数 枚					
対 象 者 の 身 体 状 況	臥 床	1 終 日			2 ほぼ終日			3 該当なし				
	排泄状況	1 全面介助を要する			2 一部介助を要する			3 1人でなんとか				
	尿 便 意	1 ない			2 ある時とない時がある			3 ある				
	失 禁	1 常時			2 日中も時々			3 夜間のみ				
同居家族の状況	氏 名	個 人 番 号										

担当ケアマネージャー等記入欄

事業所		担当者氏名
-----	--	-------