

高齢者等紙おむつ助成資格認定申請書

周防大島町長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 周防大島町大字

氏 名

電 話

—

周防大島町高齢者等紙おむつ助成事業実施要綱第5条の規定により、紙おむつの助成資格を認定されるよう申請いたします。
 なお、対象者の介護保険法の規定による要介護状態区分について公簿上で確認することに同意します。

対象者	住 所	周防大島町大字 (自治会)		
	氏 名		申請者との続柄	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
同居の家族	氏 名	性別	生 年 月 日	職 業 (勤務先等)
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

口座振込 依頼欄	銀 行		本店 (所)	種目	1 普通 2 当座 3 その他
	農 協		支店 (所)		
	口座 番号	フリガナ 口座名義人			

身体 の 状 況	歩 行	1 一人ができる	2 一部介助がいる	3 歩行不可能
	着 衣	1 自分ができる	2 一部介助がいる	3 すべて介助がいる
	食 事	1 自分ができる	2 一部介助がいる	3 すべて介助がいる
	入 浴	1 自分ができる	2 一部介助がいる	3 すべて介助がいる
	排 便	1 自分ができる	2 一部介助がいる	3 すべて介助がいる
該 当 要 件	該当区分	要介護認定者 ・ 障害者	紙おむつ使用状況	常時 ・ その他 ()
	介 護 度	申請中 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	有効期限	～
	身体障害者手帳 (備考)	障害名	級 ・ 障害区分	・ 総合 級

※ 確認年月日	令和 年 月 日	事業所名	TEL
		氏 名	

※欄には記入しないでください。