

年 月 日

大蔵村長

殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号

家族介護支援事業（紙おむつ支給事業）利用申請書

紙おむつの支給を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、紙おむつ支給についての申請事項確認のため、使用者の要介護認定状況及び住民税の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

記

使 用 者	住所	大蔵村大字		電話番号	
	氏名			生年月日	年 月 日
	おむつを使用するようになった時期	平成・令和 年 月 日			
	現在の使用状況	常時使用・夜間のみ・その他（ ）			
	紙おむつの種類 (いずれか一つに○)	<input type="radio"/>	紙おむつ	はくパンツ	S・M・L・LL
		<input type="radio"/>		テープ止め	S・M・L・LL
		<input type="radio"/>	装着パッド	パンツ用	レギュラー (300cc)
<input type="radio"/>		パンツ用		スーパー (750cc)	
<input type="radio"/>		テープ用		ワイドロング (600cc)	
<input type="radio"/>	テープ用	プレミアム (1150cc)			

※村確認欄（支給要件）

要介護度	1・2・3・4・5	※要介護度1~3の場合は認知症自立度を記入	
認知症自立度	IIIa・IIIb・IV・V	確認書類	調査票・主治医意見書
介護保険料所得段階	支給対象 1・2・3・4・5	支給対象外	6・7・8・9