

様式第1号(第4条関係)

## 紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

紙おむつ購入費助成に係る審査のため及び、利用の決定後に紙おむつ購入費助成を行うために必要な限度において、湖西市が保有する私に関する個人情報を読覧すること、または関係者に対し、私の世帯の状況を聴取することに同意します。なお、施設入所や入院等、助成対象から外れる事案が生じた場合は、紙おむつ引換券の返還が生じることについても併せて同意します。

|          |   |   |      |       |
|----------|---|---|------|-------|
| 申請者      | フリガナ  |   | 続柄   |       |
|          | 氏名  |   |      |       |
|          | 住所  |   |      |       |
|          | 電話番号  |   |      |       |
| 対象者      | フリガナ  |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|          | 氏名  |   |      | ( 歳)  |
|          | 住所  | 湖西市   |      |       |
|          | 電話番号  |   |      |       |
|          | 状態<br>(レを入れる)   | <input type="checkbox"/> 介護認定有 (要介護 1・2・3・4・5)<br><input type="checkbox"/> 介護認定無 ( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請していない)<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神手帳1級<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |       |
| 申請理由     | <input type="checkbox"/> 寝たきりのため、常におむつで排泄している<br><input type="checkbox"/> 認知症のため、失禁状態で常におむつで排泄している<br><input type="checkbox"/> 疾患のため、尿意・便意がなく常におむつで排泄している<br><input type="checkbox"/> 常におむつが必要で、介護を受けてトイレや簡易便所で排泄している<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |      |       |
| 専門職からの意見 | 担当の地域包括支援センター職員や介護支援専門員、相談支援専門員などがある場合は、申請に対する意見の記入をお願いします。<br><br>事業所：<br>氏名：  |   |      |       |