

在宅ねたきり高齢者等紙オムツ購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との続柄

電 話

紙オムツの購入費助成を受けたいため、次のとおり申請します

対象者	ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)
	氏 名	(男 ・ 女)		
	住 所	湖西市		
	状 態 (レを 入れる)	<input type="checkbox"/> ねたきり (年 月頃から) <input type="checkbox"/> 認知症状態 (年 月頃から / 診断 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 介護認定有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護認定無 (<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請していない) <input type="checkbox"/> 身障手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 精神手帳1級 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家庭介護の 状況	紙オムツ等の使用開始 年 月頃から 紙オムツ等の1日あたり平均使用枚数 _____ 枚 家庭で主に介護している者 _____			
民生委員 意見	民生委員氏名 _____			

記入例

在宅ねたきり高齢者等紙オムツ購入費助成申請書

令和〇年〇月△△日

(宛先) 湖西市長

(申請者) 住 所 湖西市古見1044

氏 名 湖西 花子

対象者との続柄 妻

電 話 053-576-1212

紙オムツの購入費助成を受けたいため、次のとおり申請します

対象者	ふりがな	こさい たいち	生年 月日	昭和10年〇月×日
	氏 名	湖西 太一 (男・女)		(×× 歳)
	住 所	湖西市古見1044		
	状態 (しを 入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> ねたきり (令和〇年×月頃から) <input type="checkbox"/> 認知症状態 (年 月頃から / 診断 有 ・ 無) <input checked="" type="checkbox"/> 介護認定有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護認定無 (□申請中□申請していない) <input type="checkbox"/> 身障手帳 (級) □療育手帳A □精神手帳1級 <input type="checkbox"/> その他 ()		
家庭介護の 状況	紙オムツ等の使用開始 平成31年3月頃から 紙オムツ等の1日あたり平均使用枚数 6 枚 家庭で主に介護している者 湖西 花子			
民生委員 見 意	民生委員氏名 _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; margin-top: 10px;">お住まいのお住いの地区の民生委員さんに記入してもらってください</div>			