様式第1号(第7条関係)

　　年　　月　　日

　　久山町長　　　　殿

申請者

氏名

住所

電話番号

紙おむつ等支給申請書

　以下のとおり紙おむつ等支給を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 対象者住所 |  | 電話番号 |  |
| 確認連絡者氏名 | □申請者と同じ | 確認者連絡先 | □申請者と同じ |
| 生活状況 | □在宅生活　　　　□病院入院　　　　□施設入所 |
| 介護保険認定 | 要介護　３　・　４　・　５ |
| 希望業者 |  |
| 支給希望品目(1ヶ月に必要な個数をご記入ください) | 支給品目(製品名、サイズなど) | 個数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※以下の欄には記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険認定 | □認定済(□要支援１～２　□要介護１～２　□要介護3～5)□更新・変更申請中□認定申請中　□有効期限切れ　□未申請 |
| 生活保護 | □受給有り　□受給なし | 生活状況 | □在宅　□入院　□入所 |
| 決定 | □支給(　　年　　月分より)　　□却下 |

※　個数や規格はご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。