

紙おむつ等購入助成申請書

年 月 日

（あて先）胎内市長

紙おむつ等の購入費用の助成を受けたいので、胎内市家族介護継続支援事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
	備考			

対象者	被保険者番号									
	フリガナ					生年月日	年 月 日			
	氏名					生年月日	年 月 日			
	住所	〒	胎内市			電話番号				
	区分	要介護・要支援（状態区分： ）				認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
	現在の状態について	排尿	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り等 ・ 介助されていない							
	排便	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り等 ・ 介助されていない								
	紙おむつ等使用状況	常時使用 ・ ときどき使用している ・ 使用していない								

【対象者同意欄】

助成要件の審査のため、この事業の担当者が、申請日及び毎年8月1日時点における私の介護保険料の賦課状況又は市民税の課税状況を確認することに同意します。

対象者氏名

Ⓜ

（対象者の記名押印又は署名をお願いします。）

市処理欄	認定調査票「排尿」	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り等 ・ 介助されていない								
	認定調査票「排便」	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り等 ・ 介助されていない								
	備考	例外的な取扱いに該当する事項 有 ・ 無 特記事項（ ）								
可否処理欄	保険料段階（ ）段階	決定（ 年 月分から） ・ 非該当								