

様式第1号（第5条関係）

毛呂山町紙おむつ等支給事業利用申請書

年 月 日

毛呂山町長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号
利用者との続柄()

毛呂山町紙おむつ等支給事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

利 用 者	ふりがな				男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名						
	住 所	毛呂山町				電話番号	
	介護保険 被保険者 番 号					要介護度	
						負担割合	割
認 知 症 日常生活 自 立 度	自立・I・II・IIa・IIb III・IIIa・IIIb・IV・M				生活保護 受 給	有 ・ 無	
同 居 家 族 の 状 況	氏 名	続柄	性別	生年月日	職 業	健 康 状 況	
担 当 介 護 支 援 専 門 員	氏名	所 属 事 業 所			電 話 番 号		

※この申請書に下記の書類を添えて御提出ください。

介護保険被保険者証

介護保険負担割合証

介護サービス計画書等（紙おむつ等の支給を受けることにより自立支援及び要介護状態の重度化防止につながるということが分かるように記載されていること）