

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				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・Ⅴ			生活保護 受 給	有 ・ 無	
の同 居 状 家 況 族	氏 名	続柄	生年月日	職業	健 康 状 況	
担 当 介 護 支 援 専 門 員 (ケアマネジャー)	氏名	所属事業所 電話番号				
紙おむつ等購 入事業者から の希望連絡先	<input type="checkbox"/> 本人・家族を希望する。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員（ケアマネジャー）を希望する。 <input type="checkbox"/> 下記を希望する。 (氏名： 続柄：) (連絡先：)					
紙おむつ等購 入事業者名称						
他の福祉用具 等のレンタル	有 () ・ 無					

※この申請書に下記の書類を添えてご提出ください。

- 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事が分かるように記載されていること。）