

様式第1号(第6条関係)

紙おむつ給付サービス事業申請書

年 月 日

篠栗町長 様

申請者住所

申請者氏名

対象者との続柄

篠栗町紙おむつ給付サービス事業実施要綱に基づき、以下のとおり申請します。なお、支給の可否を審査するに必要なときは、私の町県民税課税状況を調査することに同意します。

要介護者氏名	男・女	生年月日	年 月 日
要介護者住所	篠栗町	電話番号	
施設入所有無	<input type="checkbox"/> 病院や施設に現在入院・入所している <input type="checkbox"/> 現在入院・入所していない		
介護保険認定	<input type="checkbox"/> 認定済( 要介護3・要介護4・要介護5 ) <input type="checkbox"/> 認定・更新・更新申請中 <input type="checkbox"/> その他 認定期間 ( 年 月 日まで)		
介護者		続柄	
支給希望品目 (個数は、1か月に必要な個数を記入ください。)	品目	個数	希望する規格(製品名、サイズなど)
	紙おむつ		

※以下の欄には記入しないでください。

介護保険認定	<input type="checkbox"/> 認定済 ( 要介護3・要介護4・要介護5 ) <input type="checkbox"/> 更新・変更申請中 (直近介護度 ) <input type="checkbox"/> 認定申請中 <input type="checkbox"/> 有効期限切れ <input type="checkbox"/> 未申請
課税状況	本人( <input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 非課税)
決定	<input type="checkbox"/> 支給( 年 月分より) <input type="checkbox"/> 却下

注 個数や規格は、希望に添えない場合があります。