

紙おむつ給付サービス事業利用申請書

年 月 日

篠栗町長 様

申請者（介護者）
住所
氏名
（対象者との続柄： ）
電話番号 - -

紙おむつ等の給付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、審査に当たり対象者の課税状況等を調査することに同意します。

対 象 者	ふりがな		介 護 度
	氏 名		要介護 ____
	住 所	篠栗町	
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	電話番号	- -	
給付希望品目	☐ パンツタイプ紙おむつ（サイズ： ） ☐ テープ留めタイプ紙おむつ（サイズ： ） ☐ 尿取りパッド		

直近の要介護認定において「要介護 3」の認定を受けており、その認定調査票の「排尿」又は「排便」の項目において、「介助」又は「見守り等」に該当しない場合は、介護支援専門員（ケアマネジャー）の証明を受けてください。

証 明 書	
上記の対象者は、自宅で生活しており、常時紙おむつ等が必要であることを証明します。	
（証明者）事業所名	
介護支援専門員氏名	
電話番号 - -	

※町記入欄（ここから下は記入不要です。）

本人の課税状況	☐ 課税 ☐ 非課税	
本人の介護度	☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5	
本人の排泄状況	☐ 排尿	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 見守り等 ☐ 介助なし
	☐ 排便	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 見守り等 ☐ 介助なし
決 定 内 容	☐ 給付（ 年 月分から） ☐ 却下	