

玉村町要介護高齢者紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

(あて先)玉村町長

〒

住 所 _____

申請者 氏 名(続柄) _____ ()

連絡先 _____

(日中連絡のとれる番号)

紙おむつ支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな			性 別	男 ・ 女		
	氏 名						
	住 所	玉村町大字					
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	年 齢	歳
	電話番号	— —					
	該当要件	高 齢 者 (60歳以上)	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
※下記の要件をご確認いただき <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください							
<input type="checkbox"/> 入院やショートステイなどにより、月の半数以上自宅を離れることがない ※施設入所、介護度が軽くなった時は対象外となります							

申請に当たって介護認定審査会の判定結果書類及び介護サービス利用状況を町において調査することやサービス提供で必要な場合又は緊急を要する時の連絡先等の場合、私および私の家族の個人情報を使用、提供することに同意いたします。

また、月額3,000円(消費税込)を超えて購入した場合、超えた金額については全額自己負担となることに同意いたします。

職員記入欄	新規 <input type="checkbox"/>
介護度 <input type="checkbox"/> 認定期間 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/>	継続 <input type="checkbox"/>

対象者氏名 _____

(代筆者氏名) _____