

高島町紙おむつ券給付申請書

令和 年 月 日

高島町長 高梨 忠博 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____

※本人が自署した場合、押印は不要です。

(給付対象者との続柄 _____)

電話番号 _____

下記のとおり、紙おむつ券の給付を受けたいので申請します。

給付対象者	住 所	高島町大字		集落名		
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	常時おむつが必要になった時期			令和 年 月 頃～		
	介護認定	要介護 1・2・3・4・5	認定年月日	令和 年 月 日		
	障害者 手帳番号		交付年月日	令和 年 月 日		
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・施設入所(病院・施設名 _____)				

高島町紙おむつ券を受領しました。

令和 年 月 日 氏名

※本人が自署した場合、押印は不要です。

町記入欄 (要介護 1.2)

認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
おむつの使用状況、尿失禁に関する記述		
認定調査票	<input type="checkbox"/> 2-5 特記事項 <input type="checkbox"/> 2-6 特記事項	
主治医意見書	<input type="checkbox"/> 生活機能とサービスに関する意見(尿失禁)	

決裁欄	課 長	課長補佐	係 長	担 当	受 付	交 付	
						番号	
	交付してよろしいか。						枚数

対象者確認方法 介護保険証 障害者手帳 その他 (_____)