

令和 7 年度 高畠町紙おむつ券給付申請書

令和 年 月 日

高畠町長 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	高畠町大字		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			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	年 月 日	
	現在の居所	☐ 在宅 ☐ 入院・施設入所(病院・施設名)			

高畠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	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb	☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M
障害高齢者自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2	☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
おむつの使用状況、尿失禁に関する記述		
認定調査票	☐ 2-5 特記事項 ☐ 2-6 特記事項	
主治医意見書	☐ 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	
						枚数	枚
交付してよろしいか。							

対象者確認方法 ☐介護保険証 ☐ケアマネ証明 ☐審査会資料