

令和8年度 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 | | | 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 | <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 受給者台帳 ケアマネ証明 審査会資料 前年度確認済