

(第1号様式)

# 紙おむつ等介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

平群町長 殿

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

下記のサービスを利用したいので、平群町地域支援事業実施要綱第4条に基づき、次のとおり申請します。なお、サービスを受けるに際し、不可抗力により生じた事故については平群町及び実施事業者に対し一切責任を問わないことを誓約します。

|                      |                               |   |    |    |      |                                      |
|----------------------|-------------------------------|---|----|----|------|--------------------------------------|
| 利用<br>対象者            | 住所                            | 平群町   |    |    | 郵便番号 | 636-                                 |
|                      | ふりがな                          |   |    |    | 電話番号 | -                                    |
|                      | 氏名                            |   |    |    |      |                                      |
|                      | 生年月日                          | 明治<br>大正<br>昭和  | 年  | 月  | 日    | 性別                                   |
| 利用希望<br>サービスの<br>種類  | サービスの名称                       |   |    |    |      | 備考                                   |
|                      | 1                             | 紙おむつ等介護用品支給事業<br>おむつ (S M L) おむつカバー (M L)<br>パジャマ (M L) 防水シート |    |    |      | おむつの種類<br>(フラット・パンツ・リハビリ・尿<br>取りパット) |
| 希望する<br>理由           | 現在の介護・状況等を具体的に記入してください。       |   |    |    |      |                                      |
| 世帯の状況                | 氏名                            | 続柄  | 年齢 | 性別 | 備考   |                                      |
|                      |                               |   |    |    |      |                                      |
|                      |                               |   |    |    |      |                                      |
|                      |                               |   |    |    |      |                                      |
|                      |                               |   |    |    |      |                                      |
| 利用対象<br>世帯の生<br>計中心者 | 課税状況                          | 1 生活保護<br>2 住民税非課税世帯<br>3 住民税課税世帯                             |    |    |      |                                      |
| 介護保険<br>要介護度         | 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 非該当 |   |    |    |      |                                      |

