

別 記

第 1 号様式 (第 4 条関係)

酒々井町紙おむつ等購入助成申請書

年 月 日

酒々井町長

様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係 ()

紙おむつ等購入費用の助成を受けたいので、酒々井町紙おむつ等購入助成規則第 4 条の規定により、紙おむつ等利用者現況届を添えて申請します。

対 象 者	住 所	酒々井町	
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	障害手帳所持	手帳番号	等級・障害程度
要介護認定者	被保険者番号	要介護状態区分	
私は、酒々井町が審査するために必要な私の町民税課税状況、所得状況、介護保険料所得段階区分、要介護認定に係る調査内容及び住民基本台帳を確認すること又は関係書類を提出することに同意します。 氏 名 _____			

【町記入欄】

交付枚数	酒々井町紙おむつ等購入助成券	枚
------	----------------	---

交付番号

第2号様式（第4条関係）

紙おむつ等利用者現況届

対象者	住 所	酒々井町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
生活状況	<p>※1日の生活状況、利用しているサービス、介護者等のおむつ交換の状況など、常時おむつが必要であることを具体的に記入してください。</p>	
事業所	<p>※介護支援専門員（ケアマネジャー）や相談員（特定相談支援事業者）が付いている場合、ご記入ください。</p> <p>事業所： _____</p> <p>担当者： _____</p>	