

川西町紙おむつ購入費給付事業利用券交付申請書

年 月 日

川西町長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号

川西町紙おむつ購入費給付事業利用券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

介護を受けている方	被保険者番号		年 齢	
	住 所	川西町大字		
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日
	申請者との関係			
	要介護度	要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
	おむつが必要となった時期	年	月	日
申請事由	1 常時失禁の状態 2 認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上			
生活保護受給の有無 (いずれかを○で囲むこと。)	有 ・ 無			
区 分 (いずれかを○で囲むこと。)	在宅 ・ 入院中 (病院名： )			

担当民生委員名