

様式第1号（第5条関係）

|                                     |                        |  |          |            |
|-------------------------------------|------------------------|--|----------|------------|
| 孺恋村紙おむつ等支給事業利用申請書                   |                        |  |          |            |
| 年 月 日                               |                        |  |          |            |
| 孺恋村長 様                              |                        |  |          |            |
| 住 所 孺恋村大字                           |                        |  |          |            |
| 申請者 氏 名                             |                        |  |          |            |
| （対象者との続柄）                           |                        |  |          |            |
| 電 話                                 |                        |  |          |            |
| 下記のとおり、孺恋村紙おむつ等支給事業実施要綱に基づき申請いたします。 |                        |  |          |            |
| 対象者                                 | 氏 名                    |  | 生年月日(年齢) | 年 月 日 ( 歳) |
|                                     | 住 所                    | 孺恋村大字  |          |            |
| 家族の状況                               | 氏名（主たる介護者に※）           | 続柄   | 年齢       | 備 考        |
|                                     |                        |  |          |            |
|                                     |                        |  |          |            |
|                                     |                        |  |          |            |
| 対象の状況                               | 要 介 護 認 定              | 要介護_____（有効期間 年 月 日まで）   |          |            |
|                                     | 身体障害者手帳                | 1 あり（ 級） 2 なし  |          |            |
|                                     | 療 育 手 帳                | 1 あり 2 なし  |          |            |
|                                     | 申 請 理 由<br>（オムツの使用状況等） | （種類）（ ）枚／日使用   |          |            |
| 受 給 方 法                             |                        | 1 支給申請（おむつを購入し、補助額を申請する）<br>2 現物給付（受託事業者を通じ、補助後の金額で注文購入する）<br>※併用はできません。 |          |            |

この申請に係る事務を行うため、村が保有する対象者に関する個人情報（住民基本台帳、税情報、要介護認定情報、生活保護受給情報）を利用することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_

【調査員記入欄】

上記対象者は、排尿または排便行為に支援を必要とする者であることを証明します。

年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_