

令和 年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

申請者 氏名

鶴ヶ島市紙おむつ購入費支給申請書

鶴ヶ島市紙おむつ購入費の支給を受けたいので、鶴ヶ島市紙おむつ購入費支給に関する規則第 4 条の規定により次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			
	氏名	年 月 日生		
	住所	鶴ヶ島市	電話	
	障害者福祉サービス(紙おむつ)給付の有無	給付あり ・ 給付なし		
該当要件	<input type="checkbox"/> 市の被保険者で介護保険の保険給付の制限がない 自己負担割合 <u> </u> 割			
	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給なし			
	<input type="checkbox"/> 市内に住所(住民票)があり、市内の次のいずれかに住んでいる <input type="checkbox"/> 在宅(入院中、介護老人保健施設等入所中は除く。)			
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護の指定を受けていないサービス付き高齢者向け住宅 ※入所施設名: _____			
	<input type="checkbox"/> 要介護 1 以上 要介護 <u> </u> (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 要介護認定の調査の判定基準が次のいずれかに当てはまる <input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度 C 1 以上 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa 以上				
【常時失禁状態についてケアマネジャー等の意見】			事業者名	
			担当者名	