

別記様式第2号（第4条関係）

高齢者紙おむつ券給付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所
氏名
対象者との関係
電話

次のとおり紙おむつ券の給付を申請します。

対象者	住 所	佐野市		電話			
	ふりがな氏名					
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)					
要介護認定等	介護保険被保険者番号						
	介護認定	要介護	1	2	3	4	5
	有効期限	年 月 日					
対象者の状況	送付先住所	上記住所・異なる ()					
	紙おむつを使用するようになった時期	年 月頃					
	毎日紙おむつを使用するようになった時期	年 月頃					
	過去1年の長期入院	あった	年 月 日～		年 月 日		
		なかった	年 月 日～		年 月 日		
	過去1年の施設入所・ショートステイの利用	あった	年 月 日～		年 月 日		
なかった		年 月 日～		年 月 日			
※1か月の利用頻度 (日程度)							
添付書類	(1) 対象者の介護認定の状況及び給付情報を調査することに同意する旨の書類 (2) 対象者等の介護保険料の納付状況を調査することに同意する旨の書類						

〈佐野市記入欄〉

認定調査票	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り等	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
自立判定度	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
介護保険料	<input type="checkbox"/> 完納		<input type="checkbox"/> 滞納				