

愛南町在宅ねたきり老人等紙おむつ支給事業利用申請書
(新規・更新)

愛南町長 様

申請者(介護者)

住 所 愛南町

氏 名 (印)

要介護者との続柄

電話番号

愛南町在宅ねたきり老人等紙おむつ支給事業の利用について、次のとおり申請します。

介護を受ける者 (要介護者)	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 ()歳
	住 所	〒 ー ー 愛南町	ねたきり又は介護が必要となった年月	
	要介護度			
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
同意欄	介護認定区分変更があった場合、他の支給事業に該当の可否調査のため、私の介護保険情報と私の世帯員に係る町民税の課税状況の調査(次年度以降において、認定を継続する場合の調査を含む。)することに同意します。 要介護者氏名 (印)			
≪現在の状態≫ 歩行(自立・一部介助・全介助)、排せつ(自立・一部介助・全介助)、食事(自立・一部介助・全介助) 入浴(自立・一部介助・全介助)、着脱衣(自立・一部介助・全介助)、着脱衣(自立・一部介助・全介助) 認知症の診断(無・有) ≪その他特記事項≫				

[ここから下は、記入しないでください。]

要介護度		町民税課税状況	課税世帯・非課税世帯
日常生活自立度	障害高齢者：自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者：自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
総合判定	承認・不承認	料金区分(税込み)	3,000円
決定(棄却)年月日	年 月 日		