様式第1号(第4条関係)

寝たきり高齢者等紙おむつ購入費助成申請書

年　　月　　日

　　湧別町長　様

住所

申請者

氏名

　次のとおり、寝たきり高齢者等紙おむつ購入費助成事業により紙おむつ購入費の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名等 | 住所 | | 湧別町 | | |
| 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生(　　歳) | | |
| 常時紙おむつをするようになった原因、利用状況 | 病名等原因  常時おむつをするようになった時期　　　　年　　月  1日のおむつ使用枚数　　約　　　枚 | | | | |
| 対象となる状況  (右のうちいずれかに○を付けてください。) | (1)　要介護度2以上の要介護認定を受けている。  (2)　要介護認定は受けていないが、要介護度2相当以上である。  (3)　上肢、下肢、体幹、視覚のいずれかの障害が1級又は2級の身体障害者手帳の交付を受けている。  (4)　A判定の療育手帳の交付を受けている。  (5)　1級の精神保健福祉手帳の交付を受けている。  (6)　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 障害の内容と等級  (障害を有する方の場合) | 障害箇所 | 上肢・下肢・体幹・視覚  知的・精神 | | 障害等級 |  |
| 障害名 |  | | | |

※　障害を有する方が申請する場合は、その障害に係る手帳の写しを添付すること。

|  |
| --- |
| 助成要件確認のため、介護認定に係る認定調査表等の情報、身体障害者更正指導台帳、療育手帳交付台帳、精神障害者保健福祉手帳交付台帳の閲覧について同意します。  対象者　　　　　　　　　　印 |

※　上記同意は、対象者本人の記入となるが、対象者の身体等の都合により本人が記入できない場合は、代筆によるものとする。