様式第1号(第3条関係)

年　　月　　日

都留市紙おむつ支給事業利用申請書

都留市長　様

住　所　都留市＿＿＿＿＿＿＿＿
申 請 者　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿
(介護者)　ＴＥＬ　(　　)＿＿＿＿＿＿
高齢者との続柄　＿＿＿＿

次のとおり、紙おむつの支給を申請します。
また、対象者の要件の確認のため、要介護認定の状況及び世帯の市町村民税の課税状況について、関係諸帳簿を閲覧することに同意します。

要介護者	介護保険被保険者番号		介護度	□要介護4　□要介護5 □その他(　　)	
	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
	住　所	都留市			

		氏　名	年齢	職　業	続柄	備　考
世帯の状況	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

支給を受けたい介護用品の種類	□　テープ止め紙おむつ（S・M・Lサイズ） □　はくパンツ（M・L・LLサイズ） □　尿とりパット（パットタイプ）□　平おむつ（フラットタイプ）

※この欄は、記入しないでください。(担当確認欄)

1　要　介　護　度　□要介護4　□要介護5
□要介護3　□要介護2　□要介護1　□対象外
2　市町村民税課税状況　□非課税世帯　□課税世帯
3　決　定　内　容　□支給する　□支給しない