

様式第 1 号(第 5 条関係)

鳩山町紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

鳩山町長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電 話
対象者との続柄 (本人・介護者)

鳩山町紙おむつ支給サービス事業実施要綱第 5 条の規定により下記のとおり申請
します。

記

対象者	氏 名	
	住 所	鳩山町
	電話番号	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	対象となる 要件	<input type="checkbox"/> 要介護 3 から要介護 5
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 II a からM		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
病状の概要		

※ 実態調査確認欄

調査年月日 (年 月 日) 調査確認者

㊟

第 2 条第 1 号	<input type="checkbox"/> 要介護 3、 <input type="checkbox"/> 要介護 4、 <input type="checkbox"/> 要介護 5	必要の可否 可・否
第 2 条第 2 号	<input type="checkbox"/> 尿失禁 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 <input type="checkbox"/> II a、 <input type="checkbox"/> II b、 <input type="checkbox"/> III、 <input type="checkbox"/> III a、 <input type="checkbox"/> III b、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M	
第 2 条第 3 号	理由 ()	
却下の理由		