

様式第1号（第4条、第9条関係）

東川町在宅要介護者おむつ費用助成金支給申請書

年 月 日

東川町長

住所 東川町

氏名 対象者との続き柄（ ）

連絡先（ ）

東川町在宅要介護者おむつ費用助成事業実施要綱の規定により次のとおり申請します。
助成金の支給の審査判定のために必要な公簿（住民基本台帳及び介護保険主治医意見書等）の確認をすることに同意します。

住 所	東川町		
氏 名			
生 年 月 日	年	月	日（満 歳）
生 活 拠 点	自宅・入院	年 月 日から	
	施設入所	年 月 日から	
	（入院又は入所先施設名 ）		
要介護認定状況	要介護	3 ・ 4 ・ 5	
	居宅支援事業所（	）	
	認知症	ある ・ ない	
使 用 頻 度	昼夜問わず常時使用		
	その他（ ）		
使用開始年月日	年	月	日
使 用 枚 数	紙おむつ又は布おむつ	枚／1日	
	パンツ式おむつ	枚／1日	
尿とりパットの使	無 ・ 有		
歩 行	できる ・ できない		
尿意・便意	ある ・ ない		
その他特記事項			
振 込 先			銀行 ・ 信金 農協 ・ 信組
	支店		普通 ・ 当座
	口座番号		(カナ)
			口座名義人