

大磯町在宅介護支援紙おむつ購入費助成券交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 住 所
氏 名
連絡先 ()
続 柄

大磯町在宅介護支援紙おむつ購入費助成事業実施要綱第3条に基づき、次のとおり申請します。

利用者情報

ふりがな 氏名		性別	男・女
住所	〒 大磯町		
生年月日 (年齢)	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳	要介護度	4・5
添付書類 いずれかに	介護保険主治医意見書、おむつ使用証明書		

-----これより記入しないでください-----

審査及び決定欄

審 査	年齢	住所	要介護度	尿失禁	市町村民税非課税
決定の内容	交付する 助成券番号 ()		交付しない 理由 ()		

上記のとおり決定してよろしいか。

決裁	課 長	班統括者	合議	担当	起案	年	月	日
					決裁	年	月	日
					交付	年	月	日

