

紙おむつ等購入支援事業給付申請書

年 月 日

栄村長 様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

栄村紙おむつ等購入支援事業実施要綱第4条により、紙おむつ等購入費の支援を受けたいので、申請します。また、本事業の決定に必要な身体状況等を村が調査・確認することに同意します。

給付対象者	住 所	栄村大字		電話番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
		1	要介護認定：要介護 3・4・5 (いずれかに○)		
本人の身体状況	2	1に関する事項 身体状況記入			
		担当ケアマネジャー意見記入 所属・氏名：			
主たる介護者	住 所	栄村大字		電話番号	
	氏 名			生年月日	年 月 日
	対象者との続柄			年 齢	歳

以下村記入欄

年 月 日	課 長	係 長	担 当
給付を 決 定 ・ 却 下 する			