

家族介護用品支給申請書

新規 ・ 変更
 休止 ・ 終了

年 月 日

明日香村長 様

申請者 住所
 氏名
 電話

明日香村任意事業実施要領に基づく家族介護用品の支給の(新規 ・ 変更 ・ 休止 ・ 終了)申請をします。

記

対象者	住所	明日香村	性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	介護度	要介護 3 ・ 4 ・ 5		
対象者の状態				
◇紙おむつ(新規)		◇紙おむつ(変更)		
フラットタイプ(月 120 枚)		フラットタイプ(月 120 枚)		
パンツタイプ(月 60 枚) サイズ S ・ M ・ L ・ LL		パンツタイプ(月 60 枚) サイズ S ・ M ・ L ・ LL		
リハビリタイプ(月 30 枚) サイズ S ・ M ・ L		リハビリタイプ(月 30 枚) サイズ S ・ M ・ L		
尿取りパット(月 240 枚)		尿取りパット(月 240 枚)		
		◇ 休 止		
		◇ 終 了		
同 意 書				
家族介護用品(紙おむつ) 資格要件の決定のために、私及び私の世帯全員の市町村民税の課税状況等について、申請時及び年 1 回基準日に村職員が調査することに同意します。				
対象者 住所 氏名				