

様式第1号（第3条関係）

大山崎町在宅高齢者おむつ支給申請書

申請日 年 月 日

大山崎町長 様

申請者 住所 大山崎町字（大山崎・円明寺・下植野）  
小字

氏名 印

電話 （ ） -

（対象者から見た続柄 ）

大山崎町在宅高齢者おむつ支給事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。なお審査のため、私の世帯の税の情報及び介護保険の状況を町が確認することに同意します。

対象者	氏名	(男・女)	住所	大山崎町字（大・円・下） 小字
	生年月日	年 月 日（ 歳）	電話番号	
介護保険認定期間		年 月まで	要介護度	3 ・ 4 ・ 5
おむつが必要となった原因及び傷病名		おむつが必要となった日		年 月 日
		かかりつけ医		
使用しているおむつの種類	1. パンツ 2. フラット 3. パッド		1ヶ月当たりの使用枚数	約 枚
(支援事業所名)		(備考)		
(ケアマネジャー名)				
(主たる介護者)				
氏名		続柄		

注) 購入見積書（1ヶ月分）を添付すること。（配達することを明記してあること。）