

第1号様式（第3条関係）

寝たきり老人等紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

柏 崎 市 長 様

申請者 住 所
氏 名 印
(対象者との続柄)

下記により、紙おむつ購入費の助成を申請します。

助成券番号

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日生(歳)	電話番号	()
対象区分	1 65歳以上のねたきり老人・認知症老人 要支援・要介護(介護度) 2 身体障害者手帳1級・2級 3 療育手帳A 4 精神障害者保健福祉手帳1級・2級 5 その他()			
おむつの 使用状況	1 常時使用 2 その他()			1日当りの 使用枚数 枚
対象者の 身体状況	排 尿 便	1 全面介助を要する	2 一部介助を要する	3 1人でなんとか
	失 禁	1 常時	2 日中も時々	3 夜間のみ
	が 臥 床	1 終日	2 ほとんど終日	3 半日くらい
	寝 返 り	1 できない	2 介助で	3 つかまって
	起 座	1 できない	2 介助で	3 どうか

担当	地域ケアセンター	ケアマネ	保健師	窓口	その他
氏名					

裏面へ

申請にあたっての附記事項