

様式第1 (第7条関係)

紙おむつ等助成事業助成受給資格認定申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市紙おむつ等助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、紙おむつ等の助成受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、受給資格の認定の決定に関して、課税資料及び介護認定資料を閲覧することに同意します。

申請者	住所	鹿児島市	丁目	番	号
		(町	番地	号室)
	氏名				
	対象者との続柄				
	電話番号				

対象者	住所	鹿児島市	丁目	番	号
		(町	番地	号室)
	フリガナ氏名	(署名又は記名押印)			
	生年月日	年	月	日	年齢 歳
	要介護度	その他 ・ 要介護1～3 ・ 要介護4・5			
	状況	在宅 ・ 入院 () 病院			
支給申請品目 (尿とりパットは種類も記入してください。)	種類番号	品目		サイズ	

※要支援2以下(認定なしを含む)の場合は、「鹿児島市紙おむつ等助成事業に関する証明書」が必要です。

※支給申請品目の欄は、対象者が在宅の場合に記入してください。

民生委員又は地域包括支援センター職員の在宅状況確認欄	対象者は、紙おむつの必要な在宅の高齢者であることを確認します。 民生委員 地域包括支援センター職員 印
----------------------------	--

※在宅状況確認欄は、対象者が在宅の場合に記入してください。