

様式第1の3（第7条関係）

鹿児島市紙おむつ等助成事業に関する証明書

住 所	鹿児島市 丁目 番 号 町 番地 (号室)		
フリガナ		生年 月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名		年 齢	歳
<p>上記の者は、尿失禁の状態が継続しており、日常生活に支障をきたしているため、 常時紙おむつの使用が必要であることを証明する。</p> <p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p> <p>証明者 医 療 機 関 名 _____</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>医 師 氏 名 _____ (印)</p>			

※ 鹿児島市紙おむつ等助成事業の受給資格認定を受けようとする方が、
介護保険法第19条第2項に規定する要支援認定において要支援2・要支援1の方、
同条第1項及び同条第2項に規定する要介護認定及び要支援認定を受けていない方の場合、
この証明書が必要です。