

在宅介護支援紙おむつ等購入費助成申請書

年 月 日

常総市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

在宅介護支援紙おむつ等購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		被保険者番号																
	住 所																		
	要介護状態	(1) 要介護 5 (2) 要介護 4 (3) 要介護 3																	
	保険料段階	(1) 第 1～3 段階 (2) 第 4～5 段階																	

※この欄には記入しないでください。

調査の結果、適当と認めてよろしいか、伺います。					決定 年 月 日					
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付番号					
確 認 帳簿等	(1) 住民基本台帳 (2) 介護保険システム台帳照会 (3) その他 ()									
滞 納 状 況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	保 険 料 段 階	<input type="checkbox"/> 第 1～3 段階 <input type="checkbox"/> 第 4～5 段階	生 活 保 護 受 給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
排 尿	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等	排 泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り等	日 常 生 活 自 立 度	<input type="checkbox"/> Ⅲ a <input type="checkbox"/> Ⅲ b <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ					