

様式第1号(第5条関係)

介護用品受給資格者認定申請書

年 月 日

高原町長 殿

申請者(主たる介護者) 住 所 高原町大字
氏 名
対象者との続柄()
電話番号

高原町介護用品支給事業規則第5条の規定により、介護用品支給の申請をします。

要介護高齢者	ふりがな		性 別	
	氏 名		年 齢	歳
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所	高原町大字		
	要介護度	要介護4 ・ 要介護5 (年 月 日～ 年 月 日)		
前月の短期入所等の利用日数	月の短期入所等利用日数は、 日間(宿泊を伴うサービス) 入院日数は、 日間(例:1泊2日の場合…2日)			
希望する介護用品	紙オムツ 尿とりパット 使い捨て手袋 その他町長が特に必要と認める介護用品()			
世帯の状況				
備考				