様式第１号（第３条関係）

介護用品給付券交付申請書

年　　月　　日

　小野町長　様

住所　小野町大字

申請者　氏名

電話番号

　小野町介護用品給付券交付事業実施要綱第３条に基づき、次のとおり交付申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護対象者 | 氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 住所 | 小野町大字 | | | | | |
| 要介護度 | 要介護 | | | 認定年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 要 介 護  認定期間 |  | 年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 紙おむつを使用する  ことになった時期 | | | 年　　　　月頃 | | | |
| 介護者 | 氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 介護対象者  との続柄 |  |
|  | | | | | | | |
| 意　見　記　入　欄（申請者は記入しないでください） | | | | | | | |
| [ 民生委員・介護支援専門員の意見 （いずれか一方）]        令和　　　年　　　月　　　日  担当民生委員・介護支援専門員　氏名  （どちらかに○をつけてください）  ※介護支援専門員が意見を記入したときは、介護支援専門員証の写しを添付する。 | | | | | | | |