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。 |