様式第１号（その１）（第４条関係）

平成〇〇年 〇 月 〇 日

あきる野市長　殿

申請者　住　　所　二宮 350
氏　　名　秋留 太郎　㊞
電話番号　558 - 1111

おむつ等給付申請書

※おむつを3ヵ月以上使用している証明として、3ヵ月分のおむつ購入レシートを一緒に提出してください。
レシートが不足する場合、相談ください

おむつ等の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

給付対象者	氏名	秋留 太郎	生年月日	S.7 年 8 月 9 日
	住所	二宮 350	申請者との続柄	本人
現在の状況	☐在宅で生活している。 ☐自宅で寝ている。（かかりつけの医師名　　） ☑入院している。（病院名　阿伎留医療センター　） （入院年月日　平成〇〇年 〇 月 〇 日）			
おむつ等使用の始期及び原因	平成〇〇年 〇 月頃から （病名　脳梗塞，認知症　等　）			
介護認定の状況	☐要支援１ ☑要支援２ ☐要介護１ ☐要介護２ ☐要介護３ ☐要介護４ ☐要介護５　認定			
	☐要支援１ ☐要支援２ ☐要介護１ ☐要介護２ ☐要介護３ ☐要介護４ ☐要介護５　相当			
おむつ等使用の状況	☐昼夜必要に応じ使用している。 ☑常時おむつ等を使用している。 ☐常時おむつ等と便器を併用している。			
施設入所の有無	☐有（施設名　　） ☑無			
生活保護受給の有無	☐有 ☑無			
おむつ等の給付を受けるため市が住民票を確認すること及び必要に応じて医師その他適当と認める者に調査を依頼することについて同意します。 氏名　秋留 太郎　㊞				

（注）　該当する☐内にレ印を付けてください。

以下は記入しないでください。

調査依頼日	調査及び確認者	決定	承認番号	住民票確認
年　月　日		承認・不承認 年　月　日	第　号	