

新地町紙おむつ助成資格認定申請書

年 月 日

新地町長

申請者 住 所 新地町  
氏 名

新地町紙おむつ助成資格の認定を受けたいので、申請します。

1 紙おむつ使用者

フリガナ 氏 名	(男・女)	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住 所	新地町 電話 ( )	障 害 者 手 帳 の 有 無	有の場合 有・無 種 級
現 状	<input type="checkbox"/> 在宅介護 主たる介護者氏名 続柄・住所 ( )		
	<input type="checkbox"/> 施設・病院入所(院)中 施設名 ( ) 年 月 日から入所(院)		

2 紙おむつ使用の状況等

紙おむつ使用の時期	年 月 日頃から
紙 お む つ の 種 類	<input type="checkbox"/> パンツタイプ <input type="checkbox"/> フラットタイプ <input type="checkbox"/> 尿とりパッド使用 <input type="checkbox"/> 尿とりパッド未使用
交 換 頻 度	紙おむつ ( ) 日に ( ) 回 尿とりパッド ( ) 日に ( ) 回
主 たる 購 入 店 名	
1月当たり紙おむつ代	円

備考 該当する箇所に□, ✓をつけてください。