（様式第１号）

記入例

令和○年○月○日

社会福祉法人南魚沼市社会福祉協議会
会　長　髙　野　武　彦　様

郵便番号　949-○○○○
住　所　南魚沼市○○○
申請者　氏　名　南魚沼　太郎
電　話　025-○○○-○○○○
介護の対象者との続柄　（父）

令和○年度　紙おむつ購入費受給者資格申請書

申請書に記載の世帯情報を社協及び関係機関（市役所、居宅介護支援事業所等）で必要な情報を共有することについて同意し、申請します。

介護の対象者	フリガナ	ミナミウオヌマ　ハナコ		性　別	男・女
	氏　名	南魚沼　花子			
	生年月日	S・H・R ○年 ○月 ○日生		年　齢	○歳
	住　所	南魚沼市○○○			
	要介護	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			
	障がい者手帳交付状況	療育手帳・身体障害者手帳			
		手帳番号	第○○○号	障がい等級	○級
	障がい名	自閉症			
関係機関の意見	自力で排泄管理が困難であり、常時紙おむつを使用しており、本助成事業の対象と思われます。 関係機関名　市役所保健課 担当者氏名　保健師　○○				

※関係機関とは、医師又は保健師、相談支援センター、ケアマネジャー、南魚沼市立総合支援学校の先生等です。