（様式第１号）

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

住　所　南魚沼市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護の対象者との続柄　（　　　）

令和６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 |  | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | |
| 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 |  | | | |
| 関係機関の意見 | | 関係機関名  担当者氏名 | | | |

※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。