様式第１号

要介護高齢者等日常生活用品給付申請書

令和　　年　　　月　　　日

浅川町長　　　　　 様

住　所　浅川町大字

申請者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　電　話　　　　　　　　　（続柄　　　）

下記のとおり，浅川町要介護高齢者等日常生活用品給付事業を利用したいので，申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日 | 年齢 |  |
| 要介護等認定区分及び期間 | 要介護　３　　４　　５　　認定なし　（いずれかに○）　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 紙おむつを使用するようになった原因等 | １　脳血管疾患　２　転倒事故　３　腰痛・関節痛　４　認知症　　　５　老衰　　　６　その他（　　　　　　　　）　使用するようになった時期　　　　年　　月頃から |