第２号様式（第５条関係）　　（表）

余市町オムツ等支給事業利用申請書

年　　月　　日

余市町長　　様

申　請　者　　住　所　余市町　　町　　丁目　　番地
（介護をする者）
氏　名　　印

下記のとおり、オムツ等の支給を申請します。

記

オムツ等を使用している者	ふりがな 氏　　名		住　　所	余市町　　町　　丁目　　番地	
	生年月日	年　　月　　日　生		連絡先電話番号	申請者との続柄
	年齢・性別	歳（性別　男　・　女）		（　　）－	
	オムツ等の使用状況	※　　年　　月から使用中 Ａ　夜間のみ使用 Ｂ　昼夜とも使用			

	ふりがな 氏　　名	続柄	生年月日(年齢)	職　業	備　　考
世帯員の状況					

（裏）

同　　意　　書

オムツ等支給事業等要件の決定のため必要があるときは、私と私の同居する家族の所得税の課税状況につき、余市町長が税務関係部局に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日

住　　所　余市町　　町　　丁目　　番地

申　請　者

（介護する者の氏名）　　印

オムツ等を使用している者が別世帯の場合

同　　意　　書

オムツ等支給事業等要件の決定のため必要があるときは、私と私の同居する家族の所得税の課税状況につき、余市町長が税務関係部局に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日

住　　所　余市町　　町　　丁目　　番地

オムツを使用している者の氏名　　印

余市町記入欄

被保険者番号	
要介護度	要介護　・　要支援　・　なし
要介護認定年月日（または調査日）	年　　月　　日
オムツ使用	必　要（　尿失禁　・　その他　　）・　不　要
平成３年厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランク（日常生活自立度）	
障害高齢者（寝たきり度）	Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２
認知症高齢者	Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ
決定区分	承　　認　・　不承認
利用者負担額	負担なし　・　1,000円　・　1,500円　・　2,000円