様式第１号（第３条関係）

粕屋町障がい(児)者紙おむつ等購入費助成資格認定申請書

　　年　　月　　日

粕屋町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 電話

次のとおり障がい(児)者紙おむつ等購入費助成資格の認定を申請します。

|  |
| --- |
| １．認定対象者 |
|  | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 生年月日 | 　年　　　　月　　　日生　（　　　　　歳） |
| 住所 | （電話　　　　　　　　　） |
| □在宅　　　　　　□入院中　　　　　　□施設入所中 |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　　県第　　　　　　号　　　　　　　　級 　 |
| 療育手帳番号 | 　　　　第　　　　　　号　　　　　Ａ　 |
| 障がい名 |  |
| ２．世帯の状況 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 対象者との続柄 | 生　年　月　日 | 備　　考 |
|  |  |  |  |

＊裏面も記入してください |
|
|
| ３．日常生活動作の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 移動 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 排尿 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 排便 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 食事 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 入浴 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 着脱衣 | 全介助　　一部介助（　　　　　）　自分で可 |
| 口語での意思疎通 | 不可能　　　　単語程度　　　　可能 |
| 便意・尿意の意思表示 | 不可能　　　動作で可能　　　言語で可能 |
| おむつ | 有（　一日中　・　日中のみ　・　夜のみ　）　　無 |

４．紙おむつの使用状況

|  |  |
| --- | --- |
| 使用している紙おむつの種類 | １日当たりの使用枚数 |
| 紙おむつ（　　　　　　　 　 　 　）尿取りパッド（　　　　　　　 　 ）その他（　　　　　　　　　　 　 　） |  |

５．備考

|  |
| --- |
|  |

 |
|  |
| 同意欄①本人以外が申請する場合、申請書の提出を上記申請者に委任することを同意します。②粕屋町障がい(児)者紙おむつ等購入費助成資格認定申請の資格認定のため、世帯の住民登録資料、税務資料等について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを同意します。年　　月　　日　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄）※本人氏名を代筆した場合には右記にもご記入ください。 |