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。 | | | |