

**利 用 申 請 書**  
(家族介護用品の支給事業:紙おむつ等)

平成 年 月 日

湯沢町長 様

住 所 湯沢町  
申請者 氏 名 (印)  
電 話 ( )

湯沢町介護予防・生活支援事業実施要綱による事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利用希望者	住 所	湯沢町 電話 町内名( )			
	氏 名	明治 年 月 日生 男・女 大正 昭和			
サービス利用者 の状況	介 護 認 定 等	1 自立 2 要支援( ) 3要介護(介護度 ) 4 障害者手帳( 級) 5 認知の程度( ) 6 寝たきりの者( 年 月から) ※該当する番号を○で囲んでください。			
	同居する 家族構成	氏 名	続 柄	生年月日	備 考
				・	
				・	
				・	
利用事業名	家族介護用品の支給事業(紙おむつ等)				
利用日	平成 年 月 日 ~				

公印使用承認	決 裁 印	課 長	係 長	係 員	起 案	受 付 印
審査結果	否の理由					
適・否						