

利 用 申 請 書
(家族介護用品の支給事業:紙おむつ等)

令和 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	令和 年 月 日 ~				

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