様式第１号（第４条関係）

河南町居宅要介護高齢者紙おむつ給付金支給申請書

年　　月　　日

河　南　町　長　　様

申請者　住所

氏名　　印

（対象者との続柄　　）

電話番号

次のとおり河南町居宅要介護高齢者紙おむつ給付金の支給を申請します。

なお、住民基本台帳の確認及び世帯の町民税課税状況の調査について同意します。

対象者	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
	住　所	河南町		電話番号	
	状況	・紙おむつを使用するようになった日（　　年　　月頃から） ・主たる原因 ア　心臓疾患　　オ　リュウマチ イ　外傷・骨折　　カ　老衰 ウ　脳卒中　　キ　その他(　　) エ　高血圧症			
	要介護度等	要介護３・要介護４・要介護５・その他（　　）			

	氏　名	年齢	続柄	職　業	※備考(現在の世話の状況)
世帯の状況					

※生計中心者は備考欄に◎をつけてください。