

(裏)

同意書

オムツ等支給事業実施要綱第2条（対象者）の適否について、行政担当課に照会し報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所 余市町 町 丁目 番地

申 請 者

(介護する者の氏名) _____ 印

オムツ等を使用している者が別世帯の場合

同意書

オムツ等支給事業実施要綱第2条（対象者）の適否について、行政担当課に照会し報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所 余市町 町 丁目 番地

オムツを使用している者の氏名 _____ 印

余市町記入欄

被保険者番号	
要 介 護 度	要介護 ・ 要支援 ・ なし
要介護認定年月日 (または調査日)	年 月 日
オムツ使用	必要 (尿失禁 ・ その他) ・ 不要
平成3年厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランク (日常生活自立度)	
障害高齢者 (寝たきり度)	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
決 定 区 分	承 認 ・ 不 承 認
利用者負担額	負担なし ・ 1,000円 ・ 1,500円 ・ 2,000円