

川越市在宅要介護高齢者等紙おむつ受給資格証明書

対象者 住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 () 歳

上記の者は、常時失禁状態であるために排せつの介護を必要とし、紙おむつを使用しなければならないことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

(注1) この証明書においての常時失禁状態とは、自力での排泄が困難で、1日に頻回に失禁してしまう状態であることを言います。

(注2) この証明書は、当該対象者に対して、継続して治療を行っている医師が記載してください。

(注3) この証明書は、川越市在宅要介護高齢者等紙おむつ給付事業の申請に際して添付する証明書です。他の証明に使用することは出来ません。