

様式第2号（第5条関係）

紙おむつ使用証明書

証明年月日	年 月 日
-------	-------

大空町長 様

大空町高齢者等介護世帯応援ごみ袋支給要綱の規定に基づき、ごみ袋の支給申請に必要な事項について、下記のとおり「常時紙おむつを使用している」ことを証明します。

記

1 対象高齢者等氏名

--

2 証明する根拠（いずれかに丸印を付してください）

<input type="checkbox"/>	診察時の問診
<input type="checkbox"/>	ケアプラン等作成に関するアセスメント

3 証明する医療機関名 又は 事業所名

--

4 証明する医師氏名 又は 介護支援専門員氏名 又は 相談支援専門員氏名

医師又は介護支援専門員又は相談支援専門員による自署
---------------------------