

紙おむつ等給付申請書

平成29年 4月 3日

対象者又は家族を記載してください。
注) ケアマネジャーは不可。

ふじみ野市長 宛て

自筆で記入してください。(PC入力不可)
※代筆の場合は押印してください。

住所 ふじみ野市福岡1-1-1
氏名 ふじみ野 太郎
電話番号 261-2611

ふじみ野市在宅要介護高齢者紙おむつ等給付事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

対 象 者	住 所	ふじみ野市 福岡1-1-1		
	氏 名	ふじみ野 太郎	電話番号	261-2611
	生年月日	昭和13年 4月 1日(79歳)		
	介護保険被保険者番号	第 1 2 3 4 5 6号		
	要介護状態区分	③	4	5
希望する商品の種類とサイズ 1 フラットタイプ 2 パンツタイプ 番号() サイズ() 3 テープ止めタイプ(パット併用) 番号(7) サイズ(M) 番号(9) サイズ(M) 4 尿取りパット 番号() サイズ() 5 介護用品 番号()()() 3品目同じものでも可。				

※下記のいずれかを選択してください。

- この申請に伴う内容の確認について、関係台帳等の閲覧を承諾します。
 申請内容を証する書類(介護保険証等)の写しを添付します。