

令和 年 月 日

在宅寝たきり高齢者等紙おむつ給付申請書

苫小牧市長 様

在宅寝たきり高齢者等紙おむつ給付事業の利用を希望するため、下記のとおり申請します。  
 なお、対象要件の確認に必要な課税状況及び介護認定状況等について調査することに同意します。

申請者 (被介護者)	住所	〒 苫小牧市		
	ふりがな			性別
	氏名			
	生年月日		電話番号	
担当ケアマネ	事業所名	氏名	電話番号	
代筆者 (介護者)	住所	〒		
	ふりがな			申請者 との 関係
	氏名			
	電話番号			

【給付希望品目：カタログに掲載されている品目から選んでください】

注文番号	商品名	サイズ	1日の使用枚数

市処理欄					
要介護度	2・3・4・5		被保険者番号		
自立度等	障害自立度	非・B1・B2・C1・C2	認知症自立度	非・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
	排尿	非・一部介助・全介助	排便	非・一部介助・全介助	特記事項等 有・無
課税状況	課税世帯・非課税世帯・生保		自己負担	有料（1割）・無料	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日				利用者番号
年 月 日	課長	課長補佐	係長	主査	係

総合福祉課