

在宅老人等紙おむつ給付申請書

年 月 日

(あて先) 白石市長

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

下記により紙おむつの給付を申請します。

対 象 者	氏 名				性別	男 ・ 女	
	住 所	※対象者と申請者が同じ場合、記入する必要はありません。					
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦 年 月 日 (満 歳)					
	摘 要 (該当番号に○)	1. 65歳以上のねたきり老人	要介護状態区分等 (該当に○)	3 ・ 4 ・ 5			
			認定の有効期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで		
介護保険被保険者番号							
	2. 65歳以上の認知症老人	(介護保険調査結果) 日常生活自立度 (該当に○)	Ⅲa ・ Ⅲb ・ IV ・ M				
	3. 身体障害者手帳(1・2級)	障害者手帳番号	県 第 号				
希望薬局等		(店)					
世 帯 の 状 況	氏 名	性 別	続柄	氏 名	性 別	続柄	
		男 ・ 女			男 ・ 女		
		男 ・ 女			男 ・ 女		
		男 ・ 女			男 ・ 女		
		男 ・ 女			男 ・ 女		
在宅老人等紙おむつ給付申請に伴い、白石市が介護度・認定調査票及び世帯全員の市税の課税状況について、調査することを承諾します。							
世帯主氏名 _____							

事務処理欄【調査結果】

該当 ・ 否該当	受給者証(No. _____)