別記

様式第１号（第４条第１項）

紙おむつ給付申請書

令和　　年　　月　　日

白子町社会福祉協議会長　　様

申請者　住所　白子町
氏名　　㊞
電話
（対象者との続柄：　　）

私は、紙おむつ給付を申請します。

給付対象者	住　所	白子町				
	氏　名			男・女	年　月　日生	
	要介護度	４・５	認定の有効期間	年　月　日～　　年　月　日		
紙おむつの種類					ごみ袋	□希望する □希望しない

※ 介護保険被保険者証の写しを添付してください。

上記の者は、常時失禁状態であり、おむつが必要であることを証明します。
令和　　年　　月　　日
担当ケアマネージャー又は民生委員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

確　認	調査年月日・担当者氏名	認定番号
□介護保険被保険者証の写し □ケアマネージャー身分証明書	令和　　年　　月　　日 ㊞	

※ ケアマネージャーが証明する場合は、申請時に身分証明書を提示してください。