

別記

様式第1号（第4条第1項）

紙おむつ給付申請書

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 | | | | | |

※ 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。 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 |
| <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> ケアマネージャー身分証明書 | 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。