

在宅老人等紙おむつ給付申請書

平成 年 月 日

(あて先)白石市長

申請者 住 所

氏 名 印

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	明治・大正・昭和・平成 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	平成 年 月 日 から		平成 年 月 日 まで			
2. 65歳以上の認知症老人		介護保険被保険者番号							
	3. 身体障害者手帳(1・2級)	(介護保険調査結果) 日常生活自立度 (該当に)	a ・ b ・ ・ M						
		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				
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									印

事務処理欄【調査結果】

該当 ・ 否該当			受給者証 ()