

# 在宅高齢者紙おむつ給付利用申請書【新規】

志免町長 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、サービス給付を申請します。

その際、要件確認のため必要に応じて介護保険等の情報を町が調査することに同意します。

また、届出事項に変更があった場合はすみやかに申出ます。

対象者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	T S	年	月	日	
	氏名						(	歳)	)	
	住所	〒 志免町			電話番号	自宅 携帯	-	-	-	
	サービス希望理由	<input type="checkbox"/> 常時紙おむつ使用 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 要介護4 <input type="checkbox"/> 介護保険認定 要介護3かつ排尿または排便に介助を要する								
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
	担当ケアマネジャー	事業所名	(TEL: - ) / 担当							
介護者	フリガナ									
	氏名	(続柄 _____)								
住所	<input type="checkbox"/> 上記対象者と同じ	電話番号	- -							
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 介護者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )									
事業所連絡先	<input type="checkbox"/> 介護者 (自宅・携帯・その他 ( _____ )) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )									
介護保険料所得段階 段階							受付印			
①										