

様式1

介護用品(紙おむつ)給付サービス利用申請書

年 月 日

添 田 町 長 殿

住 所 添田町大字

世 帯 主 印

電話番号

次のとおり、おむつの給付サービスを受けたいので申請します。

対象となる本人

氏名	生年月日	年齢	性別	続柄
	明治 大正 年 月 日 昭和		男 女	
寝たきりの理由(病名)	寝たきりになってからの年数		主に介護している家族	
介護保険要介護判定状況	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5	

介護用品(紙おむつ)給付サービスを利用するために必要のある時は添田町が私及び私の世帯員の所得状況及び身体状況において、要介護認定・要支援認定に係る主治医意見書を利用することに同意します。

申請者
(本人) _____ 印

世帯の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先	備考