

様式第 1 号

高齢者等紙おむつ券配付申請書

令和 年 月 日

甲佐町社会福祉協議会
会 長 奥名 克美 様

(申請者)
住所 甲佐町 _____
氏名 _____
電話番号 _____

高齢者等紙おむつ配付事業実施要項第 4 条の規定に基づき申請します。

記

対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	甲佐町	行政区	
	生年月日	年 月 日 (歳)		
申請理由		在宅で要介護 3 以上の認定を受けており、常時紙おむつが必要であるため (要介護) ※入院、施設入所、サービス付き高齢者向け住宅に入居している場合などは対象外		
※民生委員 確認欄 (該当する項目を丸で囲ってください。) 		1 在宅である 2 要介護 3 以上の認定を受けている 3 常時紙おむつが必要である 4 その他 (特記事項があれば記入してください) 		
		担当民生委員 (印)		

※添付書類 介護保険被保険者証の写しを提出してください。