

おむつ支給事業利用申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所 ー

氏 名

電話番号 ー

利用者との関係（ ）

次のとおり、おむつ支給事業の利用を申請します。

利 用 者	介護保険 被保険者 番 号		介護度	・要介護（ ） ・要支援（ ） ・事業対象者
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 糸魚川市	電話 番号	
	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	【利用者同意事項】 本申請に対する決定について必要があるときは、私と私の世帯員に係る所得状況等について調査することに同意します。			
おむつ券送付先 (送付先に○印)		・ 申請者住所 ・ 利用者住所 ・ その他（以下に送付先を記入） 送付先住所 ー 送 付 先 名 宛て		
※ 病 名			※ 服薬名	
備 考				

※事業対象者、要支援 1・要支援 2 の認定者は、病名及び服薬名の欄を記載し、併せて、お薬手帳の写しその他の服薬名の分かる資料を添付してください。

事務処理欄

介 護 度	所 得 段 階	決 定 区 分	受 付 日	決 定 日
	1 第 1 ～ 第 3 段階	1 承 認		
	2 第 4 ～ 第 13 段階	2 不承認		