

様式第1号

受 理	年 月 日	年 月 日 認定（支給開始 月分から	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
番 号	第 号						

ねたきり高齢者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

真岡市長 様

住 所

申請者 氏 名

(対象者との続柄)

電話番号

下記のとおり紙おむつ給付を申請します。

また、介護認定状況等を確認することに同意します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	真岡市		
	電話番号			
対 象 者 の 状 況	介護認定	要介護 3 4 5		
	手帳取得	身体障害手帳 () ・ 療育手帳 ()		
	次の要件に該当します。(該当する場合はチェックを入れてください。)			
<input type="checkbox"/> 現在、在宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 常時おむつを使用している。				