

三宅町要介護高齢者紙おむつ等受給申請書

年 月 日

三宅町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、三宅町要介護高齢者紙おむつ等支給事業実施要綱に基づく紙おむつ等の支給を受けた
いので申請します。

受給資格者	住 所	三宅町大字				
	氏 名		性 別	男・女	年齢	歳
	生年月日	年 月 日生		電話番号		
	要介護度	要介護	介護認定期間	から まで		
希望する 支給用品	紙おむつ等区分		数 量	サイズ	備 考	
	1	テープ止めタイプ	3 0 枚／月	S M L		
	2	パンツ型タイプ	3 0 枚／月	S M L L L		
	3	尿取りパット	1 8 0 枚／月			
同 意 書						
私が紙おむつ等の支給を受けている間、要介護高齢者紙おむつ等支給事業の資格要件の決定等並びに事務上 必要があるときは、介護認定情報及び住民基本情報等について担当課で調査確認することについて同意します。						
氏 名 (受給者との続柄)						
※ 希望する用品の区分番号とサイズに○で囲んでください。 ※ 受給者本人に代わって「同意書」に署名する場合は、その者の養護者に限ります。						

<職員確認欄>※以下は、記入しないで下さい。

失禁確認書類	主治医意見書 ・ 特記事項 ・ おむつ使用証明書 ・ 主治医への照会事項
--------	--------------------------------------