様式第１号(第４条関係)

介護保険特別給付紙おむつ等支給サービス利用申請書

令和　　年　　月　　日

小美玉市長　　島田　幸三　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆者）氏名　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係：

下記により、特別給付紙おむつ等支給サービスの支給を受けたいので申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 新規・更新 | | | | | | |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要介護３　　・　　要介護４　　・　　要介護５ | | | | | | | | | | | | |
| 身体の状況等 | １寝たきり　　２認知症　　３常時失禁　　４時々失禁  ５その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | | |

　注　病院や老人施設等に入院、入所している場合は支給できません。