

第1号様式（第4条）

印西市紙おむつ給付サービス申請書

年 月 日

印西市長 様

住 所
申 請 者 氏 名
電 話 ()

下記のとおり紙おむつ給付サービスを利用したいので、申請します。

記

対 象 者	住所				電話	()	
	氏名			生年月日	年 月 日	性 別	男・女
介護保険被保険者番号				要介護状態区分等			
認 定 の 有 効 期 間		年 月 日 から		年 月 日 まで			
給付を希望する紙おむつの番号に○をして、必要事項を記入してください。							
A パ タ ー ン	1	フラットタイプ 品名： (サイズ)				1月当たり ____ パック	
	2	パンツタイプ (式) 品名： (サイズ)				1月当たり ____ パック	
	3	尿とりパッド 品名：				1月当たり ____ パック	
B パ タ ー ン	4	組合せ	タイプ (式) 品名： (サイズ)			1月当たり ____ パック	
			尿とりパッド 品名：			1月当たり ____ パック	
受給決定を受けた場合は、受託者に住所、氏名、電話番号等の個人情報を提供することに同意します。							
対象者名 ㊟							
緊 連 絡 急 先	住所				電話		
	氏名			続柄	備考		

品名など、書ききれない場合は余白にご記入ください。