

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

おむつ等給付申請書

おむつ等の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

給付対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		申請者との関係	
介護認定の状況	要介護 ()	介護保険被保険者番号		
要介護認定の有効期間	年 月 日から		年 月 日まで	
おむつ等使用の始期及び原因	年 月頃から (病名)			
排尿、排便等の状況	<input type="checkbox"/> 自立している。 <input type="checkbox"/> 見守り等が必要である。 <input type="checkbox"/> 介助が必要である。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
施設入所の有無	<input type="checkbox"/> 有(施設名) <input type="checkbox"/> 無			
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
<p>おむつ等の給付を受けるため市が住民情報、住民税の課税状況及び要介護認定に係る認定調査の内容を確認すること並びに必要に応じて医師その他適当と認める者に調査を依頼することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p>※ 自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。</p>				

(注) 該当する□内にレ印を付けてください。

以下は記入しないでください。

調査依頼日	調査及び確認者	決 定	承認番号	住民情報等確認
年 月 日		承認・不承認 年 月 日	第 号	