

様式第1号(第5条関係)

紙おむつ等給付申請書

年 月 日

吉見町長 様

申請者(介護者)

住 所

氏 名

印

給付を受けようとする者との続柄()

吉見町在宅要介護高齢者紙おむつ等給付事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

紙おむつ等の給付を受けようとする者の状況			
住 所			
氏 名		電話番号	
生 年 月 日			
紙おむつ等が必要な理由			

【要介護認定調査票及び主治医意見書確認同意書】

私は、吉見町在宅要介護高齢者紙おむつ等給付事業による紙おむつ等の給付を受けたいので、要介護認定調査票及び主治医意見書の確認を行うことに同意します。

年 月 日

吉見町長 様

申請者(介護者)氏名

印