

木更津市高齢者紙おむつ給付申請書

年 月 日

木更津市長 様

申請者 住所
氏名
電話 ()
(対象者との続柄)

私は、高齢者の紙おむつ給付を次のとおり申請します。

給付対象者	住 所			
	氏 名		男・女	年 月 日生

ねたきりの方の場合

臥 床 の 始 期	年 月頃から	箇月
-----------	--------	----

認知症の方の場合

紙おむつが常時、必要となった時期	年 月頃から	箇月
------------------	--------	----

受給資格調査の同意について

<p>紙おむつ給付の決定のため必要がある時は、私（給付対象者）の紙おむつ受給資格（介護認定の記録及び身体状況等）について、職員が調査することについて同意します。</p> <p>住所 _____ 氏名 _____</p>

※以下は記入しないでください。

調査年月日・担当者氏名	認 定 番 号
年 月 日	
印	

