様式第１号（第４条関係）

紙おむつ支給申請書

令和　　年　　月　　日

稲敷市長　筧　信太郎　　様

　　　　　　　　　　　申請者　住　所  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

対象者との続柄（　　）

次のとおり紙おむつの支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 稲敷市  （電話番号　　　　　　　　　　） | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　（　　歳） | | | |
| 要介護度 | 介護度　２（排泄全介助）・３（排泄全介助）・４・５  有効期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） | | | |
| 支給品目 | 品名 | | サイズ | | |
|  | |  | | |

※支給品目は介護用品支給事業対象商品一覧から選択すること

**※市記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| **市内在住・６５歳以上** | **該当 ・ 非該当** |
| **要介護度要件** | **該当 ・ 非該当** |
| **介護保険料完納（見込）者** | **該当 ・ 非該当** |
| **介護保険料所得段階（１～５段階）** | **該当 ・ 非該当** |