

様式第1号(第4条)

八街市ねたきり高齢者等に対するおむつの給付申請書

年 月 日

八街市長 様

住所

申請者 氏名 ㊟

受給資格者との続柄

電話番号

おむつの給付を受けたいので、八街市ねたきり高齢者等に対するおむつの給付事業  
実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

受給資格者	住 所	八街市		
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女
	介護保険 被保険者番号		要介護度	
	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 末日まで		
	介護保険料 所得段階	第 段階		
	入院の有無等	在宅で生活している・入院入所している		
給付決定にあたり、受給資格者の介護認定情報及び介護保険料所得段階区分を調査すること、及び給付決定を受けた場合には、おむつ給付の委託先に、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。				
受給資格者氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				
(配送先は、受給資格者の住所地以外の場合に記入)				
配 送 先	住 所	八街市		
	氏 名		電話番号	
備 考				

※ 介護保険料所得段階区分のわかる書類の写しを添付すること。