様式第１号（第５条関係）

在宅高齢者紙おむつ等給付申請書

令和　　年 月 日

沼 田 市 長 様

住所 沼田市 町 番地

申請者

氏名 ○印

（対象者との続柄： ）

下記により、紙おむつ等の給付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏 名 |  | 性別 |  |
| 住 所 | 沼田市 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 生年月日 |  | | |
| 希望する（使用している）紙おむつの種類 | |  | | |
| 対象者の状況 | | 年　月 □寝たきり又は認知症の状態  から在宅で　 □その他の事由によりおむつを常時使用している | | |
| 申請代行者 | | 事業所名 担当者名 | | |

〈市記入欄〉