

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

申請者 住所 沼田市 町 番地
氏名



(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 <input type="checkbox"/> 寝たきり又は認知症の状態 から在宅で <input type="checkbox"/> 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〉

--