別記

第１号様式（第３条関係）

鎌ケ谷市紙おむつ給付申請書

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　　　　　　　　　様

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

　紙おむつの給付を受けたいので、鎌ケ谷市紙おむつ給付事業実施要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。

１　給付対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 | 鎌ケ谷市 |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介護認定の状況 |  |
| 電話番号 |  | 置き配達の可否 |  |
| そ の 他 |  |

２　居宅介護支援事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名(電話番号) | （　　　　　　　　　　　　　　　 ) | ケアマネジャー名 |  |

３　希望するおむつの種類等

|  |  |
| --- | --- |
| 希望するおむつの種類 | ※番号で記入してください。 |