

鴨川市在宅高齢者等介護用品支給申請書

令和 年 月 日

鴨川市長 佐々木 久之 様

申請者(家族) 郵便番号〒
住所

氏名

続柄

電話

鴨川市在宅高齢者等介護用品支給事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

対象者氏名 (おむつ利用者)	生 年 月 日	明治 大正 年 月 日生 昭和 () 歳 平成
対象者住所・電話 ※申請者と異なる 場合に記入	住所 電話番号	性 別 男 ・ 女
身体状況	要介護状態区分および障害の程度	認定(交付)年月日
要介護高齢者 (○印)	要介護4 ・ 要介護5	平成 令和 年 月 日
その他 (○印)	※令和2年度に、当事業で介護用品の支給を受けた 重度障害者。 身体障害者手帳 1級 ・ 2級	昭和 平成 年 月 日 令和
介護用品の 種 類 ※ 右の6種類うちい ずれか1つに○ 印を付けて下さ い。 注:紙おむつと尿取 りパッド両方は 支給できません。	紙おむつ ・ ライフリー リハビリパンツ スーパー S ・ M ・ L ・ LL (サイズに○印) ・ ライフリー テープ止めタイプ M ・ L (サイズに○印) ・ リフレ 簡単テープ止め S ・ M ・ L (サイズに○印) 尿取りパッド ・ ライフリー 尿取りパッド 一晩中安心パッド (ウルトラ) ・ ライフリー 尿取りパッド 長時間安心さらさらパッド 【※備考	】
受領場所 (代理受領可)	・ふれあいセンター 《受領予定者名: 》 ※ふれあいセンター窓口のみでの支給となります。 受取時には決定通知書をご持参ください。	
担当ケアマネジャー	事業所名	ケアマネジャー氏名