清瀬市ねたきり高齢者紙おむつ給付申請書

令和　　年　　月　　日

清瀬市長　殿

申請者：

続　柄：おむつ利用者からみて　（　　）

住　所：

電話番号：

下記により、おむつの給付を申請します。　【送付先】申請者　・　本人

本人の状況	フリガナ			
	氏名・性別	（男・女）		
	生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日生　（　　歳）		
	住　　所	清瀬市		
	実際のお住まい	同上・住所と異なる【清瀬市　　】		
	電 話 番 号			
	介護保険 被保険者番号		介護状態区分	要介護
	おむつの 使用状況	１．寝たきり又はこれに準ずる状態で常時おむつを使用している。 （種類、枚数　　） ２．傷病によりおおむね６か月以上にわたり寝たきり状態で、治療を継続するためおむつが必要であると医師が認めている。		
同意欄	おむつの給付に際し、本人に関する住民基本台帳・介護保険認定状況及び課税状況について関係各課に確認することに同意します。 市長が必要があると認めたときは、書類を添えて申請します。 本人氏名　　印			

※以下の欄には記入しないでください

住民票		年齢	介護保険認定状況		市民税課税状況		
有	無	歳	度 いつから	要支援 いつまで	非課税	課税	未申告