

※事務処理欄

認定番号:

令和 年 月 日

意見書

医療機関所在地

名称

医師氏名

羽村市高齢者おむつ給付事業による紙おむつ給付申請にあたり、下記の者は疾病等により常時失禁状態にあるため、常時おむつが必要であると認めます。

記

住 所 羽村市

氏 名 (男・女)

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

主な病名又は症状

この意見書の提出先・問い合わせ先
〒205-8601 羽村市緑ヶ丘5丁目2番地1
福祉健康部高齢福祉介護課高齢福祉係
電話 042-555-1111