

様式第1号（第3条関係）

羽村市高齢者おむつ給付申請書

年 月 日

羽 村 市 長 宛

〈申請者〉 住 所

氏 名

電 話

羽村市高齢者おむつ給付事業によるおむつの給付を受けたく申請します。

対 象 者	住 所 羽村市 氏 名 (男・女) 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)		
現 在 の 介 護 認 定 区 分	要介護 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2 ・ 1 要支援 2 ・ 1		
希 望 す る 種 類 / 製 造 業 者			
<input type="checkbox"/> テ ー プ 型	No. (包)	No. (包)	
<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	No. (包)	No. (包)	
<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	No. (包)	No. (包)	
<input type="checkbox"/> フラット型	No. (包)	No. (包)	
生活保護受給の有無	有 ・ 無 対象者の生活保護の受給状況について調査することを承諾します。 氏 名 _____		