

## 高齢者紙おむつの給付・おむつ代の助成申請書

年 月 日

（宛先）港区長

受給資格の認定を申請します。（希望するものを○で囲んでください。）

1. 紙 お む つ 給 付	2. お む つ 代 助 成
----------------	----------------

申請者	住所		電話番号	
	氏名		対象者 との続柄	

対象者	フリガナ		生年 月日	
	氏名			年 月 日 ( 歳)
	住所	港区	電話番号	( )
配送先	住所		電話番号	( )
介護認定	要支援 ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
入院の 場合	入院日	年 月 日	病院名	

私は、この紙おむつの給付を受けるために記載した事項について、区が紙おむつの給付事業を委託した事業者へ情報提供することに同意します。

本人署名
代筆者氏名

(続柄 \_\_\_\_\_)

※本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族・ケアマネジャー等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名も記入してください。

※処理欄 (以下は記入しないでください。)

受理年月日	整理番号	< 受付印 >
年 月 日		
特記事項		