

## 高齢者紙おむつの給付・おむつ代の助成申請書

年 月 日

（あて先）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 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ )

氏名 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄 \_\_\_\_\_

対象者	フリガナ		明治	年 月 日生
	氏名		大正 昭和	
	住所	港区 TEL ( _____ )		
	配送先	TEL ( _____ )		
介護認定	要支援 ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
現在の状態	1 寝たきり 2 失禁状態	病名等		
入院の場合	入院した日 年 月 日			
	病院名			

※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
年 月 日	
特記事項	< 受付印 >