

別紙 1

様式第19号 (第18条の4 関係)

介護保険市町村特別給付紙おむつ購入費支給申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

申請者 住所
氏名
電話番号
(本人との続柄：)

次のとおり市町村特別給付紙おむつ購入費の支給を受けたいので申請します。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名																			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女																
住所																			
認定状況	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5												
身体 of 状況等	1 寝たきり 2 認知症 3 常時失禁 4 時々失禁																		
特記事項																			

注意 病院や老人施設等に入院、入所している場合は支給できません。