

様式第1号（第4条関係）

介護用品給付申請書			年 月 日
美郷町長	様	申請者住所 美郷町	
		氏名	印（世帯主名）
		電話番号	
次により介護用品を給付されるよう申請します。			
1 介護用品を必要とする者			
氏 名	生 年 月 日	男女別	
	年 月 日 歳	男・女	
介護保険被保険者番号	判定年月日	判定結果	
2 介護用品を希望する理由（本人身体状況）			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div>			
3 1日の使用枚数 枚 <input type="checkbox"/> 希望おむつ			
1 紙おむつ（フラットタイプ）			
2 紙おむつ（フラットタイプ）＋尿とりパット			
3 紙おむつ（パンツタイプ）			
4 紙おむつ（パンツタイプ）＋尿とりパット			

調査員等記入欄		調査員氏名 _____
1 世帯員の内、生計中心者氏名		
氏 名		町民税額
2 調査員の所見		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>.....</p> </div>		
3 その他特記事項		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>		