

ねたきり老人等紙おむつ給付申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 長南町社会福祉協議会
会長 金 坂 敏 夫 様

申請書 住所 長南町
氏名 _____
電話 _____
(対象者との続柄)

私はねたきり老人等の紙おむつ支給を申請します。

| | | | | | |
|--------------|---------|----|--------|-------|-------|
| 給付対象者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 | |
| | 身体障害者手帳 | 級 | 生年月日 | M・T・S | 年 月 日 |
| 臥床期間 及び原因 | 臥床の始期 | 平成 | 年 | 月頃 | 箇月 |
| | 臥床の原因 | | 紙おむつ | 種類 | |
| | | | | サイズ | S・M・L |
| | 病名 | | 受診医療機関 | | |
| 介護者名 | | | | 続柄 | |

以下は記入しないでください。

| | | |
|--------|----------|------|
| 民生委員確認 | | 確認番号 |
| 調査年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 担当者氏名 | | |