

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	
	病 名			サイズ	S・M・L	
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			