

年 月 日

高 浜 町 長 様

(〒 ー)

住 所

申請者

TEL

(対象者との続き柄)

高浜町すこやか介護用品支給申請書

高浜町すこやか介護用品支給事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記により介護用品の支給を受けたいので申請します。

記

対 象 者	住 所	〒919ー 高浜町										
	氏 名				男 女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
	身 体 状 況	介護保険法による要介護認定 要介護度 2・3・4・5 その他 ()										
		介護保険被保険者番号					要介護認定期間					
												年 月 日～ 年 月 日
介護 用品	・紙おむつパンツ型 (枚/月) ・フラット型 (枚/月) ・尿取りパッド (枚/月)											
	・防水シート (枚/月) ※指定業者により現物支給											
利用 方法	1. 業者から現物を直接配達することを希望する。 2. 町内指定薬局で支給券により購入を希望する。											
介 護 者	住 所	〒 ー										
	氏 名				男 女	歳	続柄					
	介護内容											