

年 月 日

高 浜 町 長 様

（〒 ー ）

住 所

申請者

㊞

T E L

（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	〒 9 1 9 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/年) ※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										