

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用申請書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

本人またはご家族

町田市長 様

申請者 住 所 町田市中町〇丁目〇〇番〇〇

氏 名 介護 はな 続柄 (子)

下記の留意事項に同意し、事業の利用を申請します。

利 用 者 (本人)	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	住所	町田市 町田市森野〇丁目〇〇番〇〇				
	ふりがな	まちだ いちたろう	生年月日	大正	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	町田 市太郎	及び年齢	昭和	(〇〇) 歳	
配達を希望する住所 ※町田市内のみ	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 利用者住所に同じ <input type="checkbox"/> その他（配送先住所等を下欄に記入し） 住所： _____ 電話： _____ 利用者との関係： _____					
必ず連絡がとれる電話番号	電話番号： (〇〇〇) 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> 本人の電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> その他（どなたの連絡先か下記） 氏名： 介護 はな 利用者との関係： 子					
希望する支給内容	希望する品番	希望するタイプ・枚数等				
	C — 3	タイプ	パンツ	・	テープ	
		サイズ	S	・	M	
		おむつ	36 枚	・	尿取りパッド： 150 枚	
<留意事項> 支給の決定にあたり、市担当者が公簿等により市民税の課税状況または介護保険料の賦課状況を確認します。 ※この情報の利用にあたっては、上記の目的以外には一切利用いたしません。						

※以下は記入しないでください。

受付年月日	決 定	承認番号	承認年月日	要介護	世帯課税	生活保護
. .	承認・不承認	O-	. .	4・5・他()	課税・非課税	受給・未受給