

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用変更申請書

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 )

紙おむつの支給内容等の変更を申請します。

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"/> 申請者住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 利用者住所と同じ <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				
	A - 3	タイプ	パンツ	・	テープ	
		サイズ:	S	・	M	
		おむつ:	54 枚	・	尿取りパッド: 120 枚	

表札と苗字が異なる場合は、「〇〇方」まで記入してください

事業の利用や配達に関して、連絡をする場合がありますので、必ずご記入ください。

※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