

(第1号様式)

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業利用申請書

年 月 日

町田市長 様

申請者	住所	〒		
	氏名		続柄	
	連絡先			

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	介護保険被保険者番号					
	住所	町田市				
	ふりがな		生年月日	大正	年 月 日	
	氏名		及び年齢	昭和	()歳	
配達を希望する住所 ※町田市内のみ	いずれかに☑を記入してください <input type="checkbox"/> 利用者住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(配達先住所等を下欄に記入してください)					
	配達先住所	町田市	(様方)			
	配達先電話番号		利用者との関係			
必ず連絡がとれる電話番号	いずれかに☑をしてください <input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他(氏名 /利用者との関係)					
	電話番号					
※希望する支給品は、裏面「町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業 希望支給品」にご記入ください。						
<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。						

提出者が申請者以外の場合、下記を記入ください。

事業所名		担当	
連絡先			

※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

町田市在宅高齢者紙おむつ支給事業 希望支給品

氏名	
----	--

希望する支給品を以下にご記入ください。

支給品は利用金額の合計が7,500円以内になるようご記入ください。

7,500円を超えた場合、連番8から1の順に支給品を調整させていただきます。

連番	品番	利用金額	数量	小計
1		円		円
2		円		円
3		円		円
4		円		円
5		円		円
6		円		円
7		円		円
8		円		円
			合計	円