

串本町家族介護用品支給申請書

年 月 日

串本町長 あて

(申請者) 住所

氏名 ㊟

対象者との続柄 ()

電話番号

下記のとおり串本町家族介護用品の支給を申請します。

なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認することに同意します。

記

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所	電話番号		要介護認定区分	
世帯員の状況	氏名	続柄	年齢		
支給希望用品	用品	サイズ			
	A おむつカバー併用タイプ	① レギュラー (箱)			
	B テープ式紙おむつ	① S (箱) ② M (箱) ③ L (箱)			
	C リハビリパンツ	①S (箱) ②M (箱) ③L (箱) ④LL (箱)			
	D 尿取りパット	① 男性用 (箱) ② 男女兼用 (箱) ③ ビッグ (箱)			
	申請理由				

記入例

串本町家族介護用品支給申請書

年 月 日

串本町長 あて

申請者の住所と対象者の住所が異なる場合、配送先がどちらにな

(申請者) 住所 串本町西向359

氏名 串本 花太郎

印

配送は申請者の住所(串本町西向359)をお願いします。

対象者との続柄 (子)

印鑑を必ず押してください

電話番号 72-XXXX

下記のとおり串本町家族介護用品の支給を申請します。

なお、本申請に関し、町が保有する個人情報を確認することに同意します。

記

対象者	氏名	串本 太郎	男・女	生年月日	X 年 X 月 X 日	
	住所	串本町串本1800番地 電話番号 62-XXXX		要介護認定区分	要介護3	
世帯員の状況	氏名	続柄	年齢			
	串本 太郎	本人	XX			
	串本 花子	妻	XX			
支給希望用品	用品	サイズ				
	A おむつカバー併用タイプ	① レギュラー (箱) 希望数量を記入				
	B テープ式紙おむつ	① S (箱) ② M (箱) ③ L (2箱)				
	C リハビリパンツ	①S (箱) ②M (箱) ③L (箱) ④LL (箱)				
	D 尿取りパット	① 男性用 (箱) ② 男女兼用 (2箱) ③ ビッグ (箱)				
申請理由	(例) 寝たきりで常時失禁状態のため 希望数量を記入					

まだ残っているので今は要りません。なくなってきたら連絡します。

すぐに支給を希望されない場合、その旨を記入