

家 族 介 護 用 品 支 給 申 請 書

年 月 日

串本町長 様

申請者

住 所

氏 名

印

(対象者との続柄)

電話番号

- ①串本町家族介護用品の支給申請に関して、世帯員の状況及び課税状況等について公簿で確認することに同意します。
- ②公簿等で確認ができない場合は、関係書類を提出します。
上記の事項に同意のうえ、串本町家族介護用品の支給を申請します。

対象者	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 串本町	要介護認定区分		電話番号
世帯員の状況	氏 名	対象者との続柄	年齢	備 考
支給を希望する用具	用 品		サ イ ズ	
	A おむつカバー併用(フラット)タイプ		① レギュラー (箱)	
	パンツタイプ	B テープ式	① S (箱) ② M (箱) ③ L (箱)	
		C はくパンツ	①S (箱) ②M (箱) ③L (箱) ④LL (箱)	
	D 尿パット		① 男性用 (箱) ② 男女兼用 (箱) ③ ビッグ (箱)	
理 由				

記入例

家族介護用品支給申請書

4月1日以降の日付
をお願いします。

X年X月X日

串本町長様

申請者

住所 串本町西向359

氏名 串本 花太郎

(対象者との続柄 子)

電話番号 72-XXXX

印鑑を必ず
押してください

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

配送は申請者の住所(串本町西向359)をお願いします。

①串本町家族介護用品の支給申請に関して、世帯員の状況及び課税状況等について公簿で確認することに同意します。

②公簿等で確認ができない場合は、関係書類を提出します。
上記の事項に同意のうえ、串本町家族介護用品の支給を申請します。

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		要介護認定区分	3	電話番号	XX-XXXX
世帯員の状況	氏名	対象者との続柄		年齢	備考		
	串本 太郎	本人		XX			
	串本 花子	妻		XX			
支給を希望する用具	用品			サイズ			
	A おむつカバー併用(フラット)タイプ			① レギュラー (箱)			
	パンツタイプ	B テープ式		① S (箱) ② M (箱) ③ L (2箱)			
		C はくパンツ		① S (箱) ② M (箱) ③ L (箱) ④ LL (箱)			
	D 尿パット			① 男性用 (箱) ② 男女兼用 (2箱) ③ ビッグ (箱)			
理由		(例) 寝たきりで常時失禁状態のため					

希望
数量を記入

希望
数量を記入

例 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

すぐに支給を希望されない場合、その旨を記入