

(様式1)

在宅寝たきり等高齢者世帯介護用品給付事業申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人真鶴町社会福祉協議会

会 長 長谷川 勝己 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

(必ず連絡のできる電話番号を記入してください。)

次のとおり在宅寝たきり等高齢者世帯介護用品給付事業の申請をします。

(太線内のみ記入してください。)

対 象 者	住 所	真鶴・岩	申請者との続柄	
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日生	年 齢	歳
	要介護度	要 介 護 度 (2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
希 望 す る 介 護 用 品	<input type="checkbox"/> 紙 オ ム ツ <input type="checkbox"/> その他 ()			

※次の欄は記入しないでください。

確 認 欄	寝たきり 状態確認	<input type="checkbox"/> 訪 問 (年 月 日 担当)	
		<input type="checkbox"/> ケアマネージャー確認 (年 月 日) (事業所: ケアマネ:)	
欄	介 護 用 品	紙オムツ	品名等
		そ の 他	品名等