

寝たきり高齢者等紙おむつ等給付申請書

年 月 日

会津若松市長

申請者 住 所  
(介護者) 氏 名  
電 話

(給付者対象者との関係： )

寝たきり高齢者等紙おむつ等給付券の給付について、次のとおり申請します。

給付対象者	住 所	会津若松市		
	送付先	※上記住所と異なる場合のみ記入		
	ふりがな		生年月日	性別
	氏 名		年 月 日	男 ・ 女
調査同意欄	私（給付対象者）は、寝たきり高齢者等紙おむつ等給付申請に係る給付の決定をするため、 会津若松市長が次の状況等の調査を行うことに同意します。 ・ 介護保険認定の状況 ・ 身体の状況 ・ 介護保険料の状況（給付対象者の所得金額及び給付対象者の属する属する世帯員すべての 市民税課税状況を含む。） ・ 在宅重度障がい者対策事業の給付状況			
	本人署名（給付対象者） _____ 代筆者署名 _____（給付対象者との関係： _____）			
※ 本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、代筆者が本人署名を代筆の上、代筆者署名欄に記名してください。				