

様式第1号(第4条関係)

介護保険市町村特別給付おむつ購入費受給資格認定申請書

年 月 日

氷川町長 様

氷川町介護保険市町村特別給付おむつ購入費給付実施要綱第4条の規定に基づき、認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	氏名		利用者との続柄	
	住所		電話番号	

利用者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0								
	個人番号									
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女			
	住所	〒								
要介護度		要介護 1 2 3 4 5					要支援 2			
認定有効期間		年 月 日 ~			年 月 日					
おむつ購入費給付の支給方法		指定店への受領委任					償還払い			

おむつの利用状況(1箇月分)

おむつの種類・枚数	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・パンツタイプ(      枚)</li> <li>・フラットタイプ(      枚)</li> <li>・尿取りパッド(      枚)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・テープ付きパンツ(      枚)</li> <li>・その他(      枚)</li> </ul>

※ 保険者確認欄	現在の要介護度	要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2
	支給決定	支給                      不支給
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日