

様式第2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継続申請書

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、受給資格継続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	受給者番号	
	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	〒 電話番号 ()		
現在の要介護度		要介護 1 2 3 4 5 要支援 2		
現在の認定有効期間		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	
・パンツタイプ(枚)	・テープ付きパンツ(枚)
・フラットタイプ(枚)	・その他(枚)
・尿取りパッド(枚)	

※ 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