

(様式第1号)

豊中市紙おむつ給付申込書

年 月 日

豊中市長あて

申込者	名前		続柄		電話	—	—
	住所	〒 —					
利用者	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	
	名前					年	月 日
	住所	〒 — 豊中市				電話	— —
	介護保険	被保険者番号	1 0 0				
	要介護状態区分	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					

同居家族の有無(世帯分離をしている場合も同住所の場合は「有」)

有 ・ 無

家族 名前		続柄		電話	—	—
家族 名前		続柄		電話	—	—
家族 名前		続柄		電話	—	—

居宅介護支援事業所	事業所名
	担当ケアマネジャー 電話 — —

配達日の連絡先	利用者 ・ 申込者 ・ ケアマネジャー ・ その他				
名前	*「その他」の場合はご記入ください	続柄		電話	— —

★紙おむつの給付を申し込むため、以下のことに同意します。

- ①介護保険要介護認定に関する情報の調査
- ②全ての同居家族の市民税の課税状況・生活保護受給状況の調査
- ③紙おむつ配送業者への申込内容の情報提供

利用者氏名