

様式第1号

介護保険特別給付紙おむつ等購入費支給申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者 住所 十日町市 _____

氏名 _____ 印

電話 (_____) _____

下記のとおり、紙おむつ等購入費の支給を申請します。

記

被保険者番号			
フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
氏 名	性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 _____ 行政区 (_____)		
おむつが必要になった時期	年 月 頃から		
おむつが必要になった理由	1. 寝たきり 2. 痴呆老人 3. 膀胱機能障害 4. その他 (_____)		
紙おむつの1日の利用状況	使用状況 1日中 ・ 昼間のみ ・ 夜のみ		
	種類と枚数	平 型 枚 パンツ型 枚 テープ型 枚 補助パッド 枚	

市確認欄 ここには記入しないでください

調査員氏名		調査年月日	年 月 日
支給決定	決定 ・ 却下	支給開始年月	年 月
決定(却下)理由	・ 常時、排泄障害があると判断したため。		
審査会日	年 月 日	要介護認定結果	要支援・要介護 _____
支給決定年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日

