

第1号様式(第5条関係)

中井町高齢者等介護用品支給助成申請書

年 月 日

中井町長様

申請者

住所 中井町

氏名

電話番号 —

対象者との関係 ()

「中井町高齢者等介護用品支給助成事業要綱」に基づき、紙おむつ等介護用品の支給を受けたく、次のとおり申請いたします。

対象者氏名	生年月日	M. T. S. 年 月 日		
	年齢	歳		
	性別	男 ・ 女		
介護保険認定日	年 月 日			
介護保険要介護度	3 ・ 4 ・ 5 (いずれかに○を付すこと)			
支給を希望する介護用品の製品名・サイズ・必要数等	メーカー名	商品名・サイズ		必要数

※ 支給を希望する介護用品の製品名等が記載しきれない場合は裏面に記載すること