

年 月 日

瑞穂町長様

申請者住所

氏名

電話

瑞穂町高齢者紙おむつ給付申請書

瑞穂町在宅ねたきり老人紙おむつ事業による、おむつの給付を受けたく申請します。

対 象 者	住 所 瑞穂町 氏 名 (男・女) 生年月日 年 月 日生 (歳)
身 体 状 況	<input type="checkbox"/> 1 起居動作が困難なためねたきりである <input type="checkbox"/> 2 日光浴等のため離床時間を除いていつも寝ている <input type="checkbox"/> 3 その他（具体的に記入してください） 発病年月日 年 月 日 病 名 ねたきりになった年月日 年 月 日
おむつ使用開始年月日	年 月 日
医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 1 現在医療機関にかかっている (医療機関名) <input type="checkbox"/> 2 現在かかっていない

各項目の該当する□内に印をつけてください。