

三郷町介護用品支給事業利用申請書

年 月 日

三郷町長 様

申請者 住所

要介護者との続柄

氏名

()

下記の三郷町介護用品支給事業を利用したいので、三郷町介護用品支給事業実施要綱第3条の規定により申請します。

記

利用対象者 (介護をされている方)	住所			
	フリガナ		電話番号	
	氏名	要介護者との続柄 ()	生年月日	年 月 日
要介護者の 状況	住所 <small>利用対象者と異なる 場合のみ記入</small>			
	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	要介護 認定	要介護 (3 ・ 4 ・ 5)		
サービス種類	※希望する番号に○を付けてください。サイズ有のものはサイズにも○を付けてください。 ※2種類までの組み合わせができますが、月枚数は2分の1となります。			
		種類	サイズ	
	1	フラットタイプ (月120枚)	—	
	2	テープ止めタイプ (月60枚)	S・M・L	
	3	はくタイプ (月30枚)	S・M・L・LL	
	4	尿取りパッドレギュラー (月240枚)	—	
5	尿取りパッドビッグ (月60枚)	—		
希望する理由	現在の介護状態等を記入してください。 常時尿失禁 ・ 寝たきり ・ その他 ()			
世帯の状況	氏名	続柄	年齢	備考