

ねたきり高齢者等おむつ支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者(介護者) 〒 -

住所.....

氏名.....

ねたきり高齢者等との続柄()

電話番号 - -.....

下記のとおり、ねたきり高齢者等おむつ支給事業の受給資格を認定して下さい。

私は、上記の認定に必要な公簿を調査することについて、同意します。

記

ね た き り 高 齢 者 等	住 所						
	氏 名				性 別	男 ・ 女	
	生年月日	大正 ・ 昭和			年 齢	歳	
		年	月	日			
	介護保険 被保険者番号						
	介護保険 要介護認定	要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
	認定の有効期限	令和 年 月 日					
	在宅・入院入所の別	在宅 ・ 入院又は入所中					
世帯の市民税課税状況	課税 ・ 非課税						
介護保険料の滞納	有 ・ 無						