

別 記

第 1 号様式（第 4 条第 1 項）

東金市紙おむつ給付申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

介護保険被保険者証	被保険者番号			
	要介護状態区分等	要介護	認定年月日	年 月 日
	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
身体障害者手帳	都道府県 第 号 級			
療育手帳	都道府県 第 号 障害程度			
配送時の緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号
介護者	氏名	続柄	住所	電話番号
希望する給付内容				
提出者	氏名			
	続柄			

注 配送時に連絡がつかない場合は、上記の配送時の緊急連絡先に連絡させていただきます。