

第1号様式（第4条関係）

鎌ヶ谷市紙おむつ給付申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

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、鎌ヶ谷市紙おむつ給付事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

給付対象者	氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	住 所	鎌ヶ谷市			電話
	介護保険被保険者番号				介護認定状況 要介護__

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援専門員名	
所在地	電 話	

希望するおむつの種類	記号を記入してください
------------	-------------