

紙おむつ等介護用品支給申請書（熟年）

（紙おむつ・防水シート）

江戸川区長殿

下記のとおり介護用品の支給を申請します。

なお、申請にあたり、私の住民票記載事項、介護保険、生活保護等の必要な情報を確認することに同意します。

また、介護用品の自己負担額（300点以上900点まで1割、900点を超える袋分からは全額自己負担）の支払についても同意します。

記

年 月 日

申請者・本人	住 所	江戸川区		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 歳
	電話番号	—	—	
	携帯電話 (昼間連絡先)	—	—	

来所者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	本人との続柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	電話番号	—	—	
	携帯電話 (昼間連絡先)	—	—	

本人の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅（上記住所）			
	<input type="checkbox"/> 自宅外	<input type="checkbox"/> 区内親族宅 <input type="checkbox"/> 区内施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
		名称/氏名		
		住 所	江戸川区	

電話番号： _____

介護用品の配送先	<input type="checkbox"/> 自宅（上記住所）			
	<input type="checkbox"/> 自宅外	<input type="checkbox"/> 区内親族宅 <input type="checkbox"/> 区内施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ※区外への配送費用は自己負担		
		名称/氏名	本人との続柄（ ）	
		住 所	〒 _____ 電話番号： _____ 江戸川区	
		理 由		

受付者	受付窓口	受付者	注文書添付	事務連絡等
			有・無	

主管課	認定番号	入力日	業者指示日	初回配送	指示No.	備考
				下旬 中旬		

締日（14日と月末日）に間に合うように申請書・注文書を提出してください