

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、本事業利用のために個人情報(氏名・住所・連絡先)を委託事業者に提供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）を委託事業者
に直接支払うことに同意します。

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	同居 別居		
	電話番号			
	携帯電話 (昼間連絡先)			

本人の居住地	自宅（上記住所）				
	自宅外	区内親族宅	区内施設	病院	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	自宅（上記住所）					
	自宅外	区内親族宅	区内施設	病院	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：			
		理 由	江戸川区			

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	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