

新居浜市要介護者理美容サービス・紙おむつ支給申請書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

新居浜市要介護者理美容サービス・紙おむつ支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 （介護者）	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日
	住所	新居浜市 電話番号（ ） -		
利用者 （要介護者）	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日
	住所	新居浜市 電話番号（ ） -		

希望する項目にチェック☑をしてください。

	種類	サイズ
<input type="checkbox"/> 紙おむつ この中から 1種類	フラット式（平版）	<input type="checkbox"/> 普通用
	テープ式	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
	パンツ式（普通用）	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL
<input type="checkbox"/> 尿とりパッド（紙おむつとの併給は可）	<input type="checkbox"/> 普通用 <input type="checkbox"/> 長時間用	
<input type="checkbox"/> 自宅訪問理美容		
<b>同意書</b>		
新居浜市要介護者理美容サービス・紙おむつ支給の申請にあたり、市が次の調査をすることに同意します。		
1 利用者の介護保険における認定状況 2 申請者及び利用者並びにこれらの属する世帯の全ての者が介護保険の保険給付制限者でないこと 3 申請者の収入状況 4 利用者が市町村民税非課税者であること		
令和 年 月 日  申請者氏名		

市記入欄

受付	受付方法	個人番号確認	提出者
	1 窓口	1 通知カード又はその写し	連絡先
	2 その他	2 個人番号カード又はその写し	備考
	( )	3 その他 ( )	