

様式第6号（第7条関係）

重度要介護高齢者おむつ代支給申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり紙おむつ代を申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	被保険者番号			
	介 護 区 分	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> その他		
	現 況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅		
	対 象 月	年 月分		

領収書等の写しを添付してください。

備考 支給額は月3,000円が上限額です。3,000円未満の場合は、使用した額又は購入した額を支給します。

以下は記入しないでください。

処 理 欄	認定番号	認定期間	支給額
		年 月 日～ 年 月 日	円
	おむつ使用有無	支給の有無	振込日
	有 無	支給 不支給	