

高齢者紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) 村上市長

(在宅生活高齢者)

住 所 〒
村上市

氏 名
連絡先

次のとおり、高齢者紙おむつ購入費の助成を申請します。

1 在宅生活高齢者

介護保険 被保険者番号											要介護度	要介護3 要介護4 要介護5
居宅介護支援事業所等名												

2 高齢者紙おむつ購入助成券送付先（在宅生活高齢者と異なる場合に記入してください。）

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒 連絡先電話番号

※ 介護保険被保険者証をご持参ください。