様式第1号（第4条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新規　・　継続

**介護保険特別給付紙おむつ等購入費支給申請書**

　　年　　月　　日

　　(あて先)山鹿市長

申請者

住所

氏名

（続柄　　　　　　　　　）

　山鹿市介護保険条例に規定する特別給付(紙おむつ等)の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | 要介護度 | |  |
| 被保険者氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス  計画作成事業者 | 担当CM　　　　電話　　　　- | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  認定年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険認定  有効期限 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | FAX番号 | |  | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 認定確認 | 介護保険料 | 在宅 | 受給者証 | 送付先 | 決定通知・発送番号 |
| (介護3以上) | （滞納なし） | （有料H・GH）  （退院予定　　） |  | (自宅へ)  (送付先へ) | (指定店届お渡し　済　・　未　) |

送付先　〒