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　〒