

様式第 1 号（第 6 条関係）

糸田町介護用品給付事業利用申請書

年 月 日

糸田町長 様

住所
申請者氏名
(続柄)
電話番号

下記のとおり介護用品の給付を受けたいので、糸田町介護用品給付事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

記

対象者	氏名		年 月 日 生 歳
	住所	糸田町 電話	
介護人	氏名	(続柄) 電話	
要介護度			
介護保険認定期限		年 月 日まで	
その他特記事項		☐ 常におむつを必要とする ☐ その他 ()	
希望する用品名			