

年 月 日

家族介護用品給付申請書

南風原町長 様

申請者 住 所
氏 名
(要介護高齢者との関係)
TEL

下記により家族介護用品の給付を申請します。

要介護 高齢者 の状況	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	南風原町字				
	要介護度	要介護 : 4 ・ 5	認定年月日	年 月 日		
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	年齢	職業	備 考	
給 付 を 希 望 する理由						
給 付 を 受 け たい用品	・紙おむつ ・尿取りパッド ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・消臭剤 ・ラバーシート ・ドライシャンプー ・うがい薬					
備考						