

（宛先）筑紫野市長

筑紫野市紙おむつ給付申込書

筑紫野市紙おむつ給付サービス事業実施要綱第5条の規定により申し込みます。  
 なお、私は、この事業の実施において市長が必要な情報を関係機関等に提供すること並びに介護保険の認定、滞納状況に関する情報、住所世帯等に関する情報及び市民税課税情報を閲覧することについて同意します。

ふりがな 氏名			男 ・ 女
住所	〒818-00 筑紫野市		
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）	電話番号	
世帯状況	氏名		続柄
紙おむつの 一日の使用状況	（昼）紙パンツ・パット・紙おむつ等 約 枚 （夜）紙パンツ・パット・紙おむつ等 約 枚		
備考	<input type="checkbox"/> 不在時の連絡先 氏名 (続柄 ) 連絡先 (TEL ) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー 氏名 事業所名 連絡先 (TEL )		

配達希望業者
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 麻生メディカルサービス(株) <input type="checkbox"/> ケア・ルートサービス(株) <input type="checkbox"/> (株)つくしメディカル <input type="checkbox"/> (有)咲楽介護用品ハーテック <input type="checkbox"/> (株)ベストサポート

市 確認欄	<input type="checkbox"/> 決定通知の送付先 : <input type="checkbox"/> 業者からの連絡先 : <input type="checkbox"/> 入所の 有・無 → 入所先 : <input type="checkbox"/> 配達先 ( 自宅・自宅以外 )
----------	--