

様式第2号（第5条関係）

家族介護用品追加給付申請書

年 月 日

家族介護用品の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ 氏 名		要介護度	1	2	3	4	5
	住 所	※新宮市新宮の方は字名・付近の目印をご記入ください。 新宮市						
	生年月日	年	月	日 (歳)	電話番号			
種類 ※年間限度額 55,000 円	1 テープタイプ 品名() サイズ() 個数()							
	2 パンツタイプ 品名() サイズ() 個数()							
	3 フラットタイプ 品名() サイズ() 個数()							
	4 パッドタイプ 品名() サイズ() 個数()							

配 達 情 報	■配達先住所・連絡先氏名・電話番号（上記対象者情報と異なる場合）
	■配達希望日（月 火 水 木 金） ■配達希望時間（午前 午後）

事業所名		担当者名		電話番号	
------	--	------	--	------	--

[illegible]