

様式 1

おむつ使用高齢者等への泉佐野市指定可燃ごみ袋配布申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 対象者との関係 \_\_\_\_\_

おむつ使用高齢者等への泉佐野市指定可燃ごみ袋配布にかかる取り扱い要領にもとづき、下記の通り申請します。なお、資格要件がなくなった場合や申請に虚偽が判明した場合は、配布を受けたごみ袋は返還します。

記

○対象者 住 所 泉佐野市 \_\_\_\_\_  
(おむつ使用者)

氏 名 \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和 年 月 日

要介護区分 要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで

○確認方法

上記対象者について、日常におむつを使用していることを確認しました。

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_ 登録番号 \_\_\_\_\_

医師による「おむつ使用証明書」(写し)を添付

泉佐野市介護用品給付券(紙おむつ)対象者

おむつ購入に係る領収書(写し)を添付

その他、市長が必要と判断した場合

○受領

受領については、\_\_\_\_\_に委任します。

令和 年 月 日

上記のとおり、指定可燃ごみ袋を受領しました。

受領者氏名 \_\_\_\_\_

枚数	介護保険課 確認欄
枚	⑩