

(別記第 1 号様式)

紙 オ ム ツ 利 用 券 交 付 申 請 書

年 月 日

砂川市長 様

申請者又は代理人  
住所  
氏名

紙オムツ利用券の交付を受けたいので申請します。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 女	年 月 日
住 所	電話番号		
支給開始日	年 月 日		
対象者の身体 の状況		介護保険 要介護	要支援

委 任 状	
代理人 住所	電話番号
氏名	
私は上記の者に紙オムツ利用券交付申請を委任します。	
年 月 日	
申請者 住所	
氏名	

調査内容	年 月 日
調査員 職・氏名	