

四日市市高齢者おむつ支援再開申請書

四日市市長

支給の要件を満たす状態になったため、四日市市おむつ等引換券の再開を次のとおり申請します。

				年	月	日
申請者	氏名		対象者との続柄			
	住所					
	電話		所属（事業所）			
対象者	フリガナ		生年月日	大昭平 年 月 日		
	氏名					
	住所	四日市市				
病院・施設名			退院・退所日	年	月	日

以下、調査員記入欄（ケアマネジャー又は在介職員等）

◎上記対象者は、排尿または排便時に介助や見守りを要し、常時おむつ等を使用している者であって、四日市市高齢者おむつ支援事業実施要綱第7条、第9条各号のいずれにも該当しないことを証明します。

年 月 日

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(調査員の自筆もしくは記名押印が必要です)

※以下は記入しないでください

(伺) 次のとおり引換券の支給再開を決定してよろしいか。

支給再開月		令和 年 月								
決裁権者	課長	課長 補佐	係長	係	起案者	文書 取扱主任	起案日	令和	・	・
							決裁日	令和	・	・
課長							施行日	令和	・	・
							完結日	令和	・	・