

（あて先）小金井市長

申込者 住 所

氏 名

続 柄 （ ）

電 話

高齢者おむつサービス申込書

下記の者について、高齢者おむつサービスを申し込みます。

なお、下記の事項について、市の公簿等で確認すること、及び小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、見守り支援が必要なときは、関係機関等に情報を提供することに同意します。

記

ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)
被介護者 氏 名			
※ 住所と電話番号が申込者と同じ場合は、記入不要です。			
住 所	小金井市 町 丁目 番 号		
電 話			
要介護状態区分	要介護 4 ・ 5		
市民税の 課税状況	※ 該当するものに○をつけてください。 課税世帯 ・ 非課税世帯 (年度)		
現在使用中 のおむつの 種類、量等		開 始 希 望 日	年 月 日

緊急連絡先（申込者と同じ場合は、記入不要です。）

住 所		続 柄	
氏 名		電 話	

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。

※ 市記入欄

新	再	年度 市民税	課税世帯 非課税世帯	要 介 護 状 態	要支援 ・ 要介護
---	---	-----------	---------------	--------------	-----------

(年 月 日確認)