



様式第3号の2（第7条の2関係）

## 介護保険特別給付おむつ購入利用券再交付申請書

令和 5年 8月 1日

気仙沼市長 宛

申請者 〒988-8501

住所 気仙沼市八日町一丁目1番1号

氏名 気仙沼 花子

(本人との関係 子 )

電話番号 22-6600

次のとおり、利用券の再交付を申請します。

受 給 者	被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	フリガナ	ケセンヌマ タロウ											
	氏名	気仙沼 太郎											
	住所	気仙沼市八日町一丁目1番1号											
	生年月日	大正・昭和 12年 3月 4日											
電話番号	(22) 6600												
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失(場所 自宅 ) <input type="checkbox"/> 破(汚)損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※ 上記理由の生じた日 (令和 5年 7月 1日)												
利用した直近の月	令和 5年 6月												

この欄は、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に記載をお願いしてください。  
なお、担当の介護支援専門員がない場合は記入しないでください。

## ・介護支援専門員確認欄

身体状況等	(1) 居宅要介護被保険者（入院及び施設入所者を除く要介護1以上の方）である。 (2) 尿便失禁等により、紙おむつや尿取りパッドを使用している。 対象者は上記（1）及び（2）の要件を満たしていることを確認しました。 年 月 日 居宅介護支援事業者名 介護支援専門員氏名
-------	---

## ・市確認欄

利用券の交付状況	<input type="checkbox"/> 交付有 <input type="checkbox"/> 交付無
----------	---