

※事務処理欄

認定番号：

年 月 日

意見書

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

調布市高齢者等おむつ給付及び助成事業による紙おむつ給付申請にあたり、
下記のは、疾病等により常時失禁状態にあるため、常時おむつが必要で
あると認めます。

記

住 所 調布市

氏 名 (男・女)

生年月日 明・大・昭 年 月 日

主な病名

又は症状

この意見書の提出先・問い合わせ先

〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地1

福祉健康部高齢者支援室高齢福祉担当在宅サービス係

電話 042-481-7150

收受印