

高齢者福祉サービス（紙おむつ給付事業）利用に関する証明願

年 月 日

支給対象者 氏名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

尿失禁等により常時おむつ使用が必要であることを証明願います。

記

下記疾病等のため、おむつ使用が必要であることを認める。

既往歴			
現症	病名	発症年月日	治療内容

(証明年月日)
年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

電話番号