**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