

おむつ等の給付に係る主治医意見書

年 月 日

(提出先) 新座市長

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

以下の者は、現在失禁状態にあるため、新座市高齢者おむつ等給付事業におけるおむつ等の給付を受ける必要があると認めます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象者氏名		(年齢)	(歳)
対象者住所	新座市		
傷病名等			

※ 本意見書は、介護保険認定情報により、対象者の失禁状態が確認できる場合は、提出不要です。

※ 本意見書と同内容で、主治医が作成したものであれば、別様式（おむつ使用証明書等）を使用しても構いません。