

被服費（おむつ）支給申請書に係る申請・受取同意書

私（患者様氏名） _____ は、私の被服費（おむつ）支給申請書の発行に関する申請・受取について（代理人様氏名） _____ が私の代理人として手続き等を行うことに同意します。

令和 年 月 日

患者様ご署名 _____ 印

生 年 月 日 (大正・昭和) 年 月 日生

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

代理人様ご署名 _____ 印

患者様とのご関係 配偶者・親・子・その他 (_____)

生 年 月 日 (大正・昭和・平成) 年 月 日生

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

ご本人の署名が困難な理由