

年 月 日

さぬき市長 殿

申請者 住 所 さぬき市
フリガナ
氏 名
給付対象寝たきり高齢者等との続柄
()
電話番号 () -

紙おむつ給付申請書

紙おむつの給付を受けたいので、さぬき市紙おむつ給付事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

なお、紙おむつ給付決定に当たり、市が給付対象寝たきり高齢者等の身体状況、居住状況等について、関係部署から必要な情報を取得すること及び紙おむつを納入する指定業者に対し、本申請書に記載した情報を提供することに同意します。

記

| | | | |
|-------------------------------|---------|----------------------------|--|
| 給付対象寝たきり高齢者等 | 住 所 | さぬき市 | |
| | フリガナ | | |
| | 氏 名 | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | 本人の状況 | 1 一人暮らし 2 申請者と同居 3 その他 () | |
| 要介護認定 | | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 疾病名 (医師の診断書による給付申請の場合のみ記入) | | | |

証 明 書

上記の者は、おおむね6か月以上寝たきり又は認知症状態にあり、紙おむつが必要であることを証明します。

証明者 所 属
職名・氏名
電話番号 () -

備考

- 寝たきり又は認知症状態の場合は保健師、社会福祉士又は居宅介護支援専門員（ケアマネージャー）いずれかの証明を受けてください。
- 泌尿器又は大腸の既往歴を有し、治療中又は後遺症がある場合は、医師の診断書を添付してください。 **※裏面をご覧ください。**

(裏)

| | |
|-------|--|
| 受給者番号 | |
|-------|--|

※必ずご記入ください。

1 紙おむつの種類

希望する給付タイプを1種類選んで番号を○で囲み、(2)又は(3)を選択するときは、サイズについても、それぞれ1つを○で囲んでください。

| | | |
|------------------|-----|----------|
| (1) 平板シート型 | | |
| (2) パンツ型 (テープ止め) | サイズ | S、M、L |
| (3) パンツ型 (はきおろし) | サイズ | S、M、L、LL |
| (4) 尿とりパッド (小型) | | |
| (5) 尿とりパッド (中型) | | |

2 配達先

配達先について、該当する番号を○で囲んでください。

| | |
|-----------------------|---------------|
| 配 達 先 場 所 | (1) 申請者の住所と同じ |
| | (2) その他 |
| | さぬき市 _____ 様方 |
| | 電話番号 () |

3 配達時間

配達時間について、該当する番号を○で囲んでください。

希望時間がある方は、記入してください。

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 配 達 時 間 | (1) いつでもよい |
| | (2) _____ 時から _____ 時頃までを希望 |
| ※午前9時から午後5時までの間で希望する時間を指定してください。 | |