

平成29年度 ねたきり高齢者等紙おむつ給付申込書

平成 年 月 日

住所	門真市		電話番号	() -		
ふりがな			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
氏名				(歳)		
主たる介護者名			対象者との関係			
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5					※確認欄には記載しないで下さい
認定年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					要介護状態区分 確認欄
所得の状況	非課税世帯 ・ その他 ()					所得状況 確認欄
現在のおむつの使用状況	常時使用 ・ その他 ()					適 ・ 否
種類と枚数	フラットタイプ	マジック方式 (テープ止めタイプ)	はくパンツ	パットタイプ		
	昼用(150枚)	S(44枚)	S(44枚)	大(240枚)		
		M(40枚)	M~L(36枚)			
	夜用(60枚)	L~LL(34枚)	LL(32枚)	小(270枚)		
上記のとおり相違ありません。						
平成 年 月 日						
所属・事業所名 _____						
氏名(職名) _____ () 印						
連絡先電話番号 _____ () - _____						
社会福祉法人門真市社会福祉協議会 会長様						
社会福祉法人 門真市社会福祉協議会 ねたきり高齢者等紙おむつ給付要綱第3条の規程に基づき 申し込みます。						
なお、本要綱第2条(対象者)の適否について行政担当課に照会を求めることに同意します。						
平成 年 月 日						
申請者 (ご本人)	住所	門真市 _____				
	氏名	_____ 印				
	電話	_____				
備考(受け取り可能日・時間、注意事項など)						

※1 尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。

※2 尚、年度末の申請については3月16日までの申請分を今年度分として受付させていただきます。

全体番号() 校区名() 校区番号()