

# 高齢者紙おむつ支給申請書

平成 年 月 日

江 東 区 長 殿

下記のとおり紙おむつの支給を申請します。

申請した日を記入して下さい。

・同意事項

- 1. 紙おむつ支給事業の受給資格確認のため、私に関する所得状況及び介護保険受給状況を調査することに同意します。
- 2. 紙おむつ支給事業申請後、私に関する情報を、サービス提供のため業務委託業者へ提供する

申請者本人が自筆で署名して下さい。(本人が字を書くことができない場合に代筆して下さい。)

署名できない具体的な理由を記入して下さい。

理由・代筆者名を記入し、署名(申 親族の方が代筆して下さい。)

代筆理由 **認知症で字が書けない為** 代筆者名 **江東花子(妻)** **署名 江東太郎**

申請者	ふりがな	こうとうたろう		生年月日	明・大・ <b>昭</b>
	氏名	江東太郎			4年6月8日
住所	江東区 東陽 4 丁目 11 番 28 号				
	電話番号 ( 3 6 4 7 ) 4 3 1 9				
本人の状況	現在の状態	<b>在宅</b>	入院	入院先	病院
			入院期間	20 年 8 月 10 日から	
	介護認定	要介護 <b>3</b> ・ 4 ・ 5 ・ その他( )			
		認定期間 平成 20 年 1 月 1 日から 平成 20 年 12 月 31 日			
	その他	身体状況(該当する番号に 及び記入をしてください)			
	<b>1</b>	排泄状況 トイレ(ポータブルを含む)に介助を要し、常時おむつを使用している。			
	<b>2</b>	意思伝達 意思伝達がほとんど通じない。病名、状況を分る範囲で記入して下さい。			
<b>3</b>	病名 状況				
	障害者手帳	なし	あり(種類:	手帳	級)
	利用している事業所等	事業所			- x x x x
配送希望先	住所 (上記住所以外を希望する場合)				
	氏名				
連絡先	氏名 <b>江東花子(続柄 妻)</b> - x x x x				
現金助成の有無	無 ・ <b>有</b> ( 20 年 11 月分まで現金受給 )				

該当する項目、番号に及び記入して下さい。

入院している場合は、入院先と入院期間を記入して下さい。

利用している居宅介護支援事業者を記入して下さい。

上記住所以外を希望する場合に記入して下さい。

日中の連絡先を記入して下さい。

現金助成を受けていた場合、記入して下さい。

入院・入所で介護保険が適用されている方は対象となりません。  
江東区外に配送する場合、配送料は自己負担となります。

届出者 **江東花子(妻)** 受付場所 受付者

所得状況	非	申請書を提出される方の名前を記入して下さい。(家族、ケアマネ等)	対象外	認定番号	
------	---	----------------------------------	-----	------	--