

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。

・同意事項

- 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。
- 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ことに同意します。

* 自筆署名が困難な方は、理由・代筆者名を記入し、署名（申請者氏名）を代筆ください。
（続柄）

代筆理由

代筆者名

署名

申請者	ふりがな			生年月日	明・大・昭		
	氏名				年	月	日
住所	江東区	丁目	番	号			
	電話番号（ ）						
本人の状況	現在の状態	在宅	入院	・入院先 ・入院期間 年 月 日から			
	介護認定	要介護 3・4・5・その他（ ） 認定期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 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）					
	1．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。						
	2．意思伝達 意思伝達がほとんど通じなく、尿意便意を伝えることが出来ない。						
	3．病名 状況						
	・障害者手帳 なし あり（種類： 級）						
	利用している事業所等						
	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 （続柄 ）						
現金助成の有無	無 ・ 有 （ 年 月分まで現金受給 ）						

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

受付場所

受付者

所得状況 非・被・区基準内・対象外

認定番号