

高齢者紙おむつ等支給申請書

年 月 日

江 東 区 長 殿

次の事項に同意し、以下のとおり、紙おむつ等の支給を申請します。

【同意事項】

1. 支給資格確認のため、申請者に関する介護保険受給状況及び所得状況を調査すること。
2. 当事業申請後、申請者に関する情報について、サービス提供及び在宅での生活支援のため、長寿サポートセンター、介護支援専門員及びサービス委託業者から提供を受け、又はこれらのものに提供すること。

申 請 者	フリガナ				生 年 月 日	大・昭			
	氏名	※自署にて記入ください				年	月	日	歳
本 人 の 状 況	住 所	江東区 丁目 番 号 電話番号							
	介護認定	要介護 3 ・ 4 ・ 5 ・ その他 () 認定期間 年 月 日から 年 月 日							
本 人 の 状 況	現在の状態	在 宅	入 所	・入所先 ・入所期間 年 月 日から					
		入 院	・入院先 ・入院開始日 年 月 日から						
	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できず、尿意便意を伝えることができない。									
3. 病 名 状況									
4. 障害者手帳 なし あり（種類： 級）									
利用している居宅介護支援事業所等 TEL									
配送希望先 ※上記住所以外を 希望する場合	〒 住所 氏名 TEL								
書類送付先	申請者住所 ・ 配送希望先								
連 絡 先	氏名 (続柄) TEL								
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。

・本人が手続き（自署）をできない場合は、代筆が可能です。代筆した場合は、次の代筆者の欄についてご記入ください。

代 筆 者	私（代筆者）は本人より本申請にかかる委任を受けていることに基づき、代筆をします。	
	【代筆者名】	【続柄又は本人との関係】

届出者 _____

受付場所 _____

受付者 _____

介護保険料段階 【第 段階】	認定番号
所得状況 【非課税 ・ 基準内 ・ 対象外】	