

# 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. 受給資格確認のため、申請者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。
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	大・昭		
	氏名	※自署にて記入ください		年月日	年	月	日 歳
住所	江東区	丁目	番	号			
	電話番号						
本人の状況	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					
	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 \_\_\_\_\_

所得状況 非・被・区基準内・対象外
-------------------

認定番号	_____
------	-------