

江東区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。

- 1 受給資格確認のため、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。

利用 者	フリガナ 氏 名			生 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 ・ 入院期間 年 月 日から			
	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 ※該当する箇所に○をつけてください		利用者住所 ・ 配送希望先 ※ その他の場合は、以下に住所等ご記入ください (〒 住所 氏名 TEL)				
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係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 所得状況	【 第 段階 】 【 非課税 ・ 基準内 ・ 対象外 】	認定番号	
-----------------	---------------------------------	------	--