

(高) 紙おむつの支給)

紙おむつ等支給申請書 (高齢)

年 月 日

(提出先)

足立区 長

提出者氏名(申請者または代行者の場合は記入不要)

申請内容についての問い合わせ先電話番号 ()

常時失禁状態により紙おむつ等を必要とするため、下記のとおり申請します。

申請者 (紙おむつ利用者)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	足立区	電話番号 ()	
申請 代行者 及び 連絡先	※申請者(紙おむつ利用者)以外の方が記入した場合のみ、ご記入ください。			
	フリガナ 氏名		申請者(紙おむつ利用者)との関係	
	住所	〒	電話番号 ()	
※「申請代行者及び連絡先」が親族・後見人のとき、結果通知の送付を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください → <input type="checkbox"/> 送付を希望する				

支給要件 (※右の全てに該当すること)	要介護度	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度2・3・4・5度 ※足立区以外の自治体が発行している介護保険証をお持ちの方は、介護保険証の写しを添付してください。	
	施設利用	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院に入所していない	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 生活保護または中国帰国者支援給付を受給していない	
支給要件 (障がい)	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当、特別障害者手当、障害児福祉手当のいずれかを受給している		

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 入院(おむつの持ち込み不可)
おむつ配送先	<input type="checkbox"/> おむつ利用者宅 <input type="checkbox"/> その他住所(足立区内のみ配送可能 ※別紙注文票に記入)
申請するおむつの種別	1 または 2 を選び、○をつけてください。 1 現物支給 ※別紙注文票(表裏両面あり)も一緒にご提出ください。 2 費用助成 ※上限 6,000円/月 *費用助成については、医療保険適用の病院へ入院中や居宅サービスの特定施設入居者生活介護を利用(有料老人ホームに入所等)などでおむつの持込が禁止の場合に限ります(おむつ持ち込み可の場合は現物支給)。 *決定後、3・7・11月に高齢者地域包括ケア推進課窓口にて請求手続きが必要です。

*私は、本申請の決定または区が必要とした場合、重度心身障害者手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、生活保護、中国帰国者支援給付の受給状況、介護保険情報、住民記録情報等区が保有する個人情報の利用に同意します。

また、申請書、注文票の内容を区が委託した事業者に提供することに同意します。

申請者(紙おむつ利用者)氏名 _____

印

【上記の申請者(紙おむつ利用者)氏名欄】

紙おむつ利用者本人が自署にて署名したもの、または紙おむつ利用者の氏名を記名および押印