

紙おむつ等支給申請書 (高齢)

令和 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)

事業所名/氏名

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。

□は、あてはまるものにチェック を入れてください。

申請者 (紙おむつ利用者)	フリガナ		生年月日	M・T	年	月	日
	氏名			S・H			
	住所					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		申請者(紙おむつ利用者)との関係				
	氏名						
	住所	〒 -					電話番号
						- -	
※申請代行者が親族・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 (申請時点の介護度に○をつけてください) ※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(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 *費用助成は、病院に入院、または居宅サービスの特定施設入居者生活介護を利用(有料老人ホーム等への入所)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月に高齢福祉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、申請書及び注文票の内容を区が委託した事業者を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署名、または紙おむつ利用者の記名および押印してください。(スタンプ印不可)

区記入欄	No.	介
	-	

処理