

((障) 紙おむつの支給)

紙おむつ等支給申請書 (障がい)

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		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	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		申請者(紙おむつ利用者)との関係	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 上記以外()	
	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)	手当の受給	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当を受給している <input type="checkbox"/> 特別障害者手当または障害児福祉手当を受給している(所得超過により 手当が支給制限中の方も支給対象となります)
	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
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)	
おむつ配達先	<input type="checkbox"/> おむつ利用者宅 <input type="checkbox"/> その他住所(足立区内のみ配達可能 ※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)などでおむつの持ち込み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

- 紙おむつ利用者の記名・押印または紙おむつ利用者本人が署名してください。
- 紙おむつ利用者が未成年の場合は、親権者が紙おむつ利用者の記名をする(親権者による代筆)
または、親権者本人の署名でも可能です。