

紙おむつ等支給申請書（障がい）

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						
申請 代行者 及び 連絡先	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
また、申請書、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)
- 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。

区記入欄

No.

-

処理