

高齢者紙おむつ支給申請書

年 月 日

目黒区長 へ

住 所 目黒区

電話番号

カガナ

生年月日

氏 名 (おむつ使用者) ㊞

明・大・昭 年 月 日

年齢

歳 ※対象年齢 65歳以上

介護度 要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 入院中

認定期間 年 月 日～ 年 月 日 ※要介護1以下の方は「入院証明書」が必要です。

生活保護の受給の有無 有 ・ 無 (有の場合は生活福祉課に相談して下さい)

下記のとおり、紙おむつ(尿取りパッド等を含む。)の支給を申請します。

なお、住民基本台帳による住所、氏名、生年月日等についての確認、介護保険法に基づく要介護度、障害福祉課における紙おむつ・おむつ代支給事業の受給状況及び生活保護の受給状況についての確認を受けることに同意します。また、申請内容を委託事業者に提供することに同意します。

紙おむつの受給中に支給要件の確認を要する状態となった場合は、介護保険法に基づく要介護・要支援認定申請、更新申請、又は区分変更申請の提出状況について確認を受けることに同意します。

記

希望商品名	商品番号	単価	個数	小計
合計金額 (円以内)				円
自己負担金額				円

※ 配送は1,500円以上からです。少量の場合は隔月配送でお願いします。

※ 隔月配送の場合は、2ヶ月に使用する個数を記入してください。

連絡欄 隔月配送、自費購入、不在時の置き場所の希望、支払方法等、連絡事項があれば記入してください。

送付先 1 自宅

2 そのほかの配達先

所在地 電話番号

申請手続きをした方

住 所 電話番号

氏 名 おむつ使用者との関係