

記入例

様式第2号（第4条関係）

○年 △月 □日

（宛先）高松市長

申請者（給付を受けようとする者）

住所 高松市 番 町 1 丁目 8 番 15 号
番地

どちらも給付を受ける
【本人】の名前で記入

フリガナ フヨシユ 知

氏名 長寿 太郎

電話 087-839-2346

寝たきり高齢者等紙おむつ給付申請書

紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、対象要件の確認に必要な所得の状況及び介護認定情報等について、調査することに同意します。

対象者	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番 15 号 番地		
	フリガナ	フヨシユ 知		
	氏名	長寿 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女
生年月日	明治 大正 10 年 1 月 1 日 (〇〇 歳) 昭和			

証明書

上記の者は、過活動膀胱による尿失禁及び夜間頻尿の状態がおおむね6月以上継続しており、日常生活に支障を来しているため、おむつが必要である。

証明者

医療機関名

医師の証明が必要です

医師名

㊞

申請者以外の連絡先をご記入ください。

連絡先	住所	高松市桜町1丁目9番12号
	フリガナ	フシ ジロ
	氏名	福祉 二郎
	電話	080-1111-2222
	申請者との関係	例：親族、ケアマネジャー、施設職員など

※裏面もご記入ください。

(1) 給付のタイプ (1ヶ月あたりの枚数です。)

尿とりパッド	昼用 (30枚)
--------	----------

(2) 配達先 (※病院や高松市外には、配達できません。)

配達先住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 〒760-0074 高松市 桜 町 1 丁目 9 番 12 号 番地 福祉 二郎 様方へ
配達先電話番号	電話番号 839 - 0000 氏名 申請者との関係 携帯電話 080 - 1111 - 2222 (福祉二郎 : 長男)
不在時の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 置き配可能 (置き場所: 玄関前) <input type="checkbox"/> 置き配不可
配達時間	<input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい
	<input type="checkbox"/> 午前 ・ 午後 を希望 ※希望時間に配達できない場合もあります。

必ず御記入ください。
配達時に
連絡をすることがあります。

※紙おむつが不要になりましたら、未開封のものに限り引き取りいたしますので、ご連絡ください。ただし、年数が経っているものは引き取りできない場合があります。