

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 町 丁目 番 号
番地

フリガナ
氏名
電話

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 町 丁目 番 号 番地			
	フリガナ			性別	男女
	氏名				
	生年月日	明治 大正 年 月 日（ 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					
医師名 ㊟					

申請者以外の連絡先をご記入ください。

連絡先	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話	
	申請者との関係	

※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 type="checkbox"/> その他 〒 高松市 町 丁目 番 号 _____ 番地 _____ 様方へ
配達先電話番号	電話番号 — 携帯電話 — — (氏名 申請者との関係 :)
不在時の対応	<input type="checkbox"/> 置き配可能 (置き場所 :) <input type="checkbox"/> 置き配不可
配達時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 午前 ・ 午後 を希望 <p style="text-align: right;">※希望時間に配達できない場合があります。</p>

※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。