

記入例

様式第1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 フヨウジュ 太郎  
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	フヨウジュ 太郎		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 女	
	氏名	長寿 太郎			
	生年月日	明治 大正 10 年 1 月 1 日 ( 〇〇 歳 ) 昭和 <input checked="" type="radio"/>			
	介護保険被保険者証の内容	被保険者番号	10桁の番号		
		要介護状態区分	要介護 <input checked="" type="radio"/> 3 ・ 4 ・ 5 ・ その他		
		認定年月日	5 年 4 月 1 日		
認定の有効期間		5 年 4 月 1 日から 6 年 3 月 31 日まで			
<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり、又は認知症の状態、常時おむつが必要である。 <input checked="" type="checkbox"/> 以下の施設に入所していない。 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所を1か月に16日以上利用していない。					

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	フクシ ジロウ
	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) 紙おむつのタイプ（1ヶ月あたりの枚数です。）

希望する給付タイプ（A～C）とサイズを1つ選び、○印をつけてください。

○印	タイプ	給付内容	枚数	紙おむつのサイズ
○	A	テープ止めパンツ	30枚	S ・ M ・ L
		尿取りパッド 昼用	60枚	
		尿取りパッド 夜間用	30枚	
	B-1	はきおろしパンツ	45枚	S ・ M ・ L ・ LL
尿取りパッド 昼用		30枚		
尿取りパッド 夜間用		30枚		
	B-2	はきおろしパンツ	45枚	S ・ M ・ L ・ LL
	C-1	尿取りパッド 昼用	120枚	
	C-2	尿取りパッド 夜間用	60枚	

一つ選んで○を記入してください。

おむつを希望する場合はサイズに○を記入してください。

(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 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 type="checkbox"/> いつでもよい
	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 ・ 午後 を希望 ※希望時間に配達できない場合があります。

配達時に連絡をすることがあります。必ず御記入ください。

※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。