

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者

住所 高松市 町 丁目 番号
番地

フリガナ

氏名

㊟

（対象者との続柄）

電話 ー

寝たきり高齢者等紙おむつ給付（更新）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 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日		（ 歳 ）

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

㊟

（医師の証明を受けてください。）

※ 裏 面 も ご 記 入 く だ さ い

(1) 尿とりパッドのタイプ（一カ月あたりの枚数です。）

希望する尿とりパッドに○印をつけてください。

尿とりパッド（30枚）	給付タイプ
	男女兼用 ・ 男性用

(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	1. 対象者の住所と同じ	2. 申請者の住所と同じ
	3. 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	— — (:) ※本人以外の場合、どなたの携帯電話かご記入ください。(氏名：続柄)
配達時間	1. いつでもよい	
	2. _____時から_____時頃を希望	

※配達時間に配達できない場合もあります。ご了承ください。

(3) 対象者の状況

現在の居所	1. 在宅で生活している 2. 入院している（病院名 _____） 3. 施設に入所している（施設名 _____）
-------	-----------------------------------------------------------------

※紙おむつの給付は、生計中心者の市民税が非課税の方が対象です。

所得の確認は当課でしますのでご了承ください。ただし、転入された方には、所得証明・課税証明書等のご提出をお願いする場合があります。

※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及び介護医療院に入所されている方（短期入所を月に16日以上利用している方も含む）は、施設利用料の中に、おむつ代も含まれているため、高松市からの紙おむつの給付は受けられません。

※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。

※市内に住所を有する80歳以上の方が対象になります。