

様式第1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	住 所	高松市 町 丁目 番 号 番地		
	フリガナ		性別	男 女
象	氏 名			
	生 年 月 日	明 治 大 正 年 月 日 （ 歳 ） 昭 和		
	介 護 保 険 被保険者証の内容	被 保 険 者 番 号		
		要 介 護 状 態 区 分	要 介 護 3 ・ 4 ・ 5	その他 ( )
認 定 年 月 日		年 月 日		
者	認 定 の 有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 要介護3～5で寝たきりの状態であり、常時おむつが必要である。 <input type="checkbox"/> 要介護3～5で認知症の状態であり、常時おむつが必要である。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	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 <span style="float: right;">）</span> 3. 施設に入所している（施設名 <span style="float: right;">）</span>		

※ 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~F) を1つ選び、サイズ・尿とりパッドについて、それぞれ1つに〇印をつけてください。

A	テープ止めパンツ	60枚	サイズ	S	・	M	・	L		
	尿とりパッド	男女兼用(60枚) ・ 男性用(60枚) ・ 夜間用(30枚) ・ 不要								
B	テープ止めパンツ	30枚	サイズ	S	・	M	・	L		
	尿とりパッド	男女兼用(150枚) ・ 男性用(150枚) ・ 夜間用(90枚) ・ 不要								
C	テープ止めパンツ	30枚	サイズ	S	・	M	・	L		
	シートタイプ(平板型)	90枚								
	尿とりパッド	男女兼用(60枚) ・ 男性用(60枚) ・ 夜間用(30枚) ・ 不要								
D	シートタイプ(平板型)	120枚								
	尿とりパッド	男女兼用(90枚) ・ 男性用(90枚) ・ 夜間用(60枚) ・ 不要								
E	はきおろしパンツ	45枚	サイズ	S	・	M	・	L	・	LL
	尿とりパッド	男女兼用(60枚) ・ 男性用(60枚) ・ 夜間用(30枚) ・ 不要								
F	尿とりパッド	男女兼用(180枚) ・ 男性用(180枚) ・ 夜間用(90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	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。

※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。

なお、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65歳以上の方が対象になります。