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

 ﾌﾘｶﾞﾅ

 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 ｶ ﾞ 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たしているため、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 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 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 | □　申請者の住所と同じ |
| □　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 － 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　 申請者との関係携帯電話　　　　－　　　　　－　　　　　　（　　　　　　　 ：　　　　 ） |
| 配 達 の 時 間 帯 | □　いつでもよい□　午前□　午後　　　　　　　　　　　　　　　**※希望時間帯に配達できない場合があります。** |
| 不在時の場合 | □　置き配可能（置き場所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　置き配不可 |

**※**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。