

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 年 月 日 （ 歳 ） 大 正 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

印

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	☐ 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 — 携帯電話 — — (氏名 申請者との関係 :)
配達時間の帯	☐ 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。