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 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 | | | |
| 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 | | |
| 認定の有効期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　　　　年　　　月　　　日まで | | |
| * 寝たきり、又は認知症の状態で、常時おむつが必要である。 * 以下の施設に入所していない。   特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、  介護老人保健施設、介護医療院   * 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 |  |
| 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）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 | セット | 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 | セット | 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 |  |

（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。