

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			
	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	
	フリガナ	
	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。