

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				
	氏 名			性別 男 女	
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日（ 歳 ）			
	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			
<input type="checkbox"/> 寝たきり、又は認知症の状態、常時おむつが必要である。 <input type="checkbox"/> 以下の施設に入所していない。 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、介護医療院 <input type="checkbox"/> 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	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	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	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ
	<input type="checkbox"/> 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 :)
不在時の対応	<input type="checkbox"/> 置き配可能（置き場所： _____） <input type="checkbox"/> 置き配不可
配達時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい
	<input type="checkbox"/> 午前 ・ 午後 を希望

※希望時間に配達できない場合があります。

※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。