

記入例

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 番 町 1 丁目 8 番 15 号
番地どちらも給付を受ける
【本人】の名前で記入フリガナ フョウジュ タロウ
氏 名 長寿 太郎
電 話 087-839-2346

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 番 町 1 丁目 8 番 15 号 番地			
	フリガナ	フョウジュ タロウ		性 別	男 女
	氏 名	長寿 太郎			
	生 年 月 日	明治 大正 10 年 1 月 1 日（ 〇〇 歳） 昭和			
	介 護 保 険 被 保 険 者 証 の 内 容	被 保 険 者 番 号	10桁の番号		
		要介護状態区分	要介護 ③ ・ 4 ・ 5 ・ その他		
		認 定 年 月 日	〇 年 △ 月 □ 日		
		認 定 の 有 効 期 間	〇 年 △ 月 □ 日から 〇 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	高松市桜町1丁目9番12号
	フリガナ	フクシ ジロウ
	氏 名	福祉 二郎
	電 話	080-1111-2222
	申請者との関係	例：親族、ケアマネジャー、施設職員など

※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	

一つ選んで○を記入してください。

おむつを希望する場合はサイズに○を記入してください。

(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 〒760-0074 高松市 桜 町 1 丁目 9 番 12 号 番地 福祉 二郎 様方へ
配達先電話番号	電話番号 839 - 0000 携帯電話 080 - 1111 - 2222 (氏名 福祉二郎 申請者との関係 : 長男)
配達時間帯	☒ 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： 玄関前 ） ☐ 置き配不可

配達時に連絡をすることがあります。必ず御記入ください。

※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。