

記入例

様式第2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 チョウジュ 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	チョウジュ タロウ		
	氏 名	長寿 太郎	性 別	☒ 男 ☐ 女
	生 年 月 日	明 治 大 正 10 年 1 月 1 日 （ 〇〇 歳 ） 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

医師の証明が必要です

印

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) 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 〒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 (福祉二郎 : 長男)
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。
不在時の合	☒ 置き配可能(置き場所: 玄関前) ☐ 置き配不可

必ず御記入ください。
配達時に
連絡をすることがあります。

※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。