

令和5年度 ねたきり高齢者等紙おむつ給付申込書

令和 年 月 日

住所	門真市		電話番号	( ) -		
ふりがな			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
氏名				( 歳)		
主たる介護者名			対象者との関係			
要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5				※確認欄には記載しないで下さい	
認定年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				要介護状態区分 確認欄	適・否
所得の状況	非課税世帯 ・ その他 ( )				所得状況 確認欄	適・否
現在のおむつの使用状況	常時使用 ・ その他 ( )					
種類と枚数	フラットタイプ	マジック方式 (テープ止めタイプ)	はくパンツ	パットタイプ		
	昼用(150枚)	S(44枚)	S(44枚)	大(240枚)		
		M(40枚)	M(40枚)			
	夜用(60枚)	L~LL(34枚)	L(36枚)	小(210枚)		
LL(32枚)						
* 上記全種類の中からひとつを○で囲んで下さい。						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所属・事業所名 _____ 氏名(職名) _____ ( ) 印 連絡先電話番号 _____ ( ) - _____						
社会福祉法人門真市社会福祉協議会 会長様 社会福祉法人 門真市社会福祉協議会 ねたきり高齢者等紙おむつ給付要綱第3条の規程に基づき 申し込みます。 なお、本要綱第2条(対象者)の適否について行政担当課に照会を求めることに同意します。 令和 年 月 日 申請者(ご本人) { 住所 門真市 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____						
備考(受け取り可能日・時間、注意事項など)						

※1 尚、申請に虚偽があった際は、当該サービスに要した費用の返還を求めます。

※2 尚、年度末の申請については3月15日までの申請分を今年度分として受付させていただきます。

全体番号( ) 校区名( ) 校区番号( )