

紙おむつ支給申請書

平成 年 月 日

稲城市社会福祉協議会会長 殿

申請者 住所 稲城市

電話

氏名

印

1 ご利用いただく方

ふりがな 氏名		男 女	明治 昭和 大正	年	月	日	歳
住所	稲城市	電話					

2 生計の中心となる方

ふりがな 氏名		続 柄	明治 昭和 大正	年	月	日	歳
------------	--	--------	-------------	---	---	---	---

3 ご利用いただく方の状況

要介護認定	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 障害者
生活の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 起きられるがあまり動けない <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活はほぼ自立している		<input type="checkbox"/> 日中もベッドがほとんど <input checked="" type="checkbox"/> 屋内での生活はほぼ自立 <input type="checkbox"/> それ以外(
家族状況	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者が仕事等により昼間及び夜間、長時間ひとりになること <input type="checkbox"/> それ以外(<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> ここにチェックがついている場合は対象外です。 ※トイレ・尿取りパッドのみの時 </div>				
排泄	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他(
おむつの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 一日中						
希望のおむつ	<input type="checkbox"/> 平型	<input type="checkbox"/> テープ型	<input type="checkbox"/> リハビリ型	<input checked="" type="checkbox"/> 尿とりパッド	サイズ		
ご希望の紙おむつの品番及び必要数をご記入ください。							

4 配達先 (1 ご利用いただく方の住所以外に配達を希望されるかたは以下に記入ください【市内限定】)

ふりがな 氏名		ご利用者 との関係	
住所	稲城市	電話	

※ 申請時には以下のものを添付してください

- ・「介護保険要介護・要支援認定結果通知書」、「介護保険被保険者証」、「身体障害者手帳」、「愛の手帳」または、「精神障害者保健福祉手帳」の写し
- ・生計の中心となる方の「市民税・都民税(非)課税証明書」
- ・世帯全員の載った住民票

※ 今回ご記入いただきました「紙おむつ支給申請書」に記載された個人情報につきましては、「紙おむつ支給事業」の円滑な実施を目的とする以外には使用致しません。