

# 紙おむつ支給申請書

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

## 1 ご利用いただく方

ふりがな		(西暦)		
氏名		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		続柄		(西暦)		
氏名				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"/> 障害者手帳所持			
生活の状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活はほぼ自立している		<input type="checkbox"/> 起きられるがあまり動けない <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 checked="" type="checkbox"/> トイレ	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブル						<input type="checkbox"/> おむつ		
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		

## 4 ご希望の紙おむつの品番及び必要数をご記入ください。

品番(例:1101)	個数(例:2個)	品番(例:1101)	個数(例:2個)
①		④	
②		⑤	
③		⑥	

尿取りパッドのみの  
 注文は出来ません。

## 5 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方は以下に記入ください【市内限定】)

氏名		続柄	
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。

※ 申請者とは、本事業における文書の送付先となります。

# 紙おむつ支給申請書

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

## 1 ご利用いただく方

ふりがな		(西暦)		
氏名		年	月	日 歳
住所	稲城市	電話		

## 2 主に介護されている方

ふりがな		続柄		(西暦)		
氏名				年	月	日 歳

## 3 ご利用いただく方の状況

障害名		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
日常生活用具給付	排泄管理支援用具(12,400円/月)の支給について <input checked="" type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ	
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	

## 4 ご希望の紙おむつの品番及び必要数をご記入ください。

品番(例:1101)	個数(例:2個)	品番(例:1101)	個数(例:2個)
①		④	
②		⑤	
③		⑥	

## 5 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方は以下に記入ください【市内限定】)

ふりがな		ご利用者との関係	
氏名			
住所	稲城市	電話	

- ※ 「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」の写しを添付してください。
- ※ 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。
- ※ 申請者とは、本事業における文書の送付先となります。