

年度 藤枝市高齢者紙おむつ等支給申請書 ( )月分

年 月 日

藤枝市長 様

申請者	住所			
	氏名			
	電話番号		続柄	

下記のすべての条件に該当するため、藤枝市高齢者等紙おむつ支給事業の申請をします。

(1) 藤枝市が行う介護保険の被保険者であり、要介護3、4又は5の認定を受けている。						
(2) 藤枝市内で在宅生活をしている。(入院、入所を除く)						
(3) トイレ等での排泄が困難で、 <u>常時</u> 紙おむつを使用している。(下記①、②の方は対象外)						
①尿失禁が心配で予防的に装着している方②夜間のみ、外出時のみなど、装着時間が短い方						
おむつを使用する人	(フリガナ)			性別	男・女	
	氏名			世帯主氏名		
	住所					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
		電話番号				
		介護保険被保険者番号				
	最近受けた要介護度	3・4・5	認定有効期間満了日	年	月	日

◇希望する紙おむつの種類(希望する紙おむつの種類とサイズに○をつけてください)

<input type="checkbox"/>	ア…フラットタイプ	枚+テープ式	枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	イ…フラットタイプ	枚					
<input type="checkbox"/>	ウ…テープ式	枚		サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	エ…尿取りパッド(昼用)	枚					
<input type="checkbox"/>	オ…尿取りパッド(昼用)	枚+尿取りパッド(夜用)	枚				
<input type="checkbox"/>	カ…尿取りパッド(昼用)	枚+テープ式	枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	キ…はくパンツ	枚		サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	ク…尿取りパッド(昼用)	枚+はくパンツ	枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	ケ…高齢者紙おむつ専用購入助成券(3,000円)						

なお、本年度内の支給品目の変更及び、取消の必要が生じた場合は、地区の民生・児童委員／施設管理者に連絡します。

申請者氏名

民生委員・児童委員(No. )／施設名( )氏名
民生・児童委員／施設管理者の意見等あれば記入してください。