

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	
	介護保険被保険者番号				電話番号	
	最近受けた要介護度	3・4・5	認定有効期間満了日			

◇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 60枚+テープ式 26枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	イ…フラットタイプ 150枚				
<input type="checkbox"/>	ウ…テープ式 50枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	エ…尿取りパッド(昼用) 180枚				
<input type="checkbox"/>	オ…尿取りパッド(昼用) 150枚+尿取りパッド(夜用) 30枚				
<input type="checkbox"/>	カ…尿取りパッド(昼用) 90枚+テープ式 26枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	キ…はくパンツ 54枚	サイズ	S	M	L
<input type="checkbox"/>	ク…尿取りパッド(昼用) 60枚+はくパンツ 25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。

※職員記載欄

	要介護状態区分	認定有効期間	備考
1	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
2	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
3	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
4	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
5	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
6	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
7	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
8	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
9	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
10	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
11	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
12	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
13	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
14	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		
15	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		