

紙おむつ等支給申請書

年 月 日

(あて先)  
中央区長

おむつ 使用者	住所(ビル名も記入 してください)	〒 中央区			
	ふりがな		電話番号	( )	
	氏 名				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳	

下記のとおり申請します。(以下、該当する□内に✓印をつけてください)

受給希望	<input type="checkbox"/> 紙おむつ		<input type="checkbox"/> おむつ代		
要介護認定結果	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	
在宅・入院の別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 (入院日 昭和・平成 年 月 日) 病院名 所在地 電話番号 ( )				
おむつ使用状況	おむつを使用し始めた時期 昭和・平成 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 常時使用している <input type="checkbox"/> 夜間だけ使用している <input type="checkbox"/> ときどき使用している				
臥床状況等	<input type="checkbox"/> 常時寝たきり		<input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり		<input type="checkbox"/> 認知症
主に介助 している方	氏名		続柄		電話 ( )
	住所				
生活保護法に基づく 一時扶助	<input type="checkbox"/> 受給している		<input type="checkbox"/> 受給していない		
配達希望先	<input type="checkbox"/> おむつ使用者の自宅 <input type="checkbox"/> 入院先 住所 〒 電話				
配達指定事項					

※紙おむつ等支給申請に当たり、次の事項に同意します。  
支給決定の確認に必要な要介護認定に関する情報を利用すること

住 所 中央区  
氏 名

区処理欄	受付	入力		受付場所	利用者負担	備考
		申請	確認			
						課・非