

紙おむつ等支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(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)	〒 104-8404 中央区 築地1-1-1		
	ふりがな		電話番号	(〇〇〇〇)〇〇〇〇
	氏 名	中央 太郎		
	生年月日	明治・ <u>大正</u> ・昭和 〇〇年 〇〇月〇〇日	年齢	85 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 入院 (入院日 昭和・平成 年 月 日) 病院名 〇〇〇〇〇〇 病院 〇〇科 〇〇号室 所在地 〇〇〇〇〇〇市〇〇町1-1 電話番号 (〇〇〇〇)〇〇〇〇				
おむつ使用状況	おむつを使用し始めた時期 昭和・ <u>平成</u> 16年 5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 checked="" 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	中央 花子	続柄	妻	電話 (〇〇〇〇)〇〇〇〇
	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 checked="" 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 〒 〇〇〇〇〇〇 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 築地1-1-1
氏 名 中央 太郎

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	