

別記

第1号様式（第5条関係）

紙おむつ等支給申請書

年 月 日

（宛先）中央区長

紙おむつ等の支給が必要であるため、下記のとおり申請します。

なお、私及び世帯主は、当サービスを利用するに当たり以下の同意事項を確認し、同意します。

記

おむつ 使用者	住所	中央区	世帯主 氏名	
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	電話番号	()	年齢	歳

以下、該当する□内に✓印を付けてください。

受給希望	<input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> おむつ代（別途、指定おむつ使用証明書の提出が必要です。）				
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				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院等				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 常時寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 ※ 常時寝たきり又は認知症でない場合は、利用対象外となります。				
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"/> 以下の配達先を希望します。				
	氏名又は 施設等名		電話	()	
	住所				

注) おむつ使用者及び世帯主の氏名は、本人が自署してください。ただし、成年被後見人等である場合にあっては、本人に代わって法定代理人が署名することができます。

申請手続きをした方（おむつ使用者と同じ場合は不要）				
氏名		住所		
事業所名		続柄	電話	

同意事項（※ 必ずご確認ください。）

1 当サービスの利用に係る審査及び利用者負担区分の決定のため、当サービスの支給決定を受けている間は、世帯員全員の住民票、介護保険及び所得に関する情報並びに介護保険料段階に関する情報（所得に関する情報を公簿等で確認できない場合に限る。）を公簿等で確認すること。また、必要に応じておとしより相談センター、介護支援専門員から受給者に関する情報の提供を受けること。
2 適切なサービスを提供するため、おとしより相談センター、介護支援専門員及びサービス委託業者から受給者に関する情報の提供を受けること並びにこれらの者に当該情報を提供すること。
3 当申請書に記載した内容に変更が生じたとき、又は当サービスの受給対象とならない状況となったときは、速やかに紙おむつ等受給者異動（消滅）届により届出をすること。
4 虚偽の申請により当サービスを利用したときは、支給決定の取消しを受けること。

区処理欄	認定番号		基本番号		課・非	備考
------	------	--	------	--	-----	----