

紙おむつ給付申請書(在宅高齢者用)

(宛先) 金沢市長

申請者 住所 〒 —

金沢市

氏名

連絡先 —

次のとおり紙おむつの給付を申請します。

| 希望する 紙おむつ の種類 | | (1, 2, 3 いずれかの番号とサイズを○で囲んでください。) | |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----|
| 1 平型 (夜用) | * 長方形の平らなもので、おむつカバーを使用するものです。 | 2 テープ型 | M・L |
| 3 パンツ型 | * どちらもパット付きです。 | | M・L |

* 要介護3は重度の認知症の場合です。

| 使 用 者 | 氏名(ふりがな) | 住 所 | 生年月日 | 要介護度 |
|-------|----------|-----|-------|--------------|
| | | 金沢市 | 大正 昭和 | 要介護 3・4・5 |

| | | | | |
|---------------|--|-----------|------------------|----|
| 家族構成 (同意書) | 紙おむつの給付の認定に必要な税関係情報及び要介護認定状況等を市長が調査することに同意します。 | | | |
| | 続柄 | 扶養 義務者 | 氏名 (署名又は記名押印) | 備考 |
| | (使用者) | | | |
| | (配偶者) | | | |
| | () | | | |
| | () | | | |
| | () | | | |
| | () | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------|-----|----------------|-----|
| ☆事務処理欄(以下は記入不要です。) | | | | |
| 所得状況 | 使用者 | 配偶者 | 同居扶養義務者 | その他 |
| 要介護状態区分 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |
| 要介護3・要介護4・要介護5 | | | III・IV・M | |
| 生活保護受給の有無(有・無) | | | 支援給付受給の有無(有・無) | |
| ねたきり又はおむつが必要になった年月 | | | (年 月) | |
| 支給決定 | 平型・テープ型・パンツ型 | | M・L | 枚 |

紙おむつ給付申請書(在宅高齢者用)

(宛先) 金沢市長

ねたきり老人等ご本人又はご家族の住所・氏名等をご記入ください。

申請者 住所 〒 —

金沢市 広坂○丁目○番○号

氏名 金沢 花子

電話 〇〇〇 — 〇〇〇〇

次のとおり紙おむつの給付を申請します。

| 希望する 紙おむつ の種類 | | (1, 2, 3 いずれかの番号とサイズを○で囲んでください。) | | |
|------------------------------|--------|----------------------------------|--|--|
| 1 平型 (夜用) | 2 テープ型 | M・L | | |
| *長方形の平らなもので、おむつかバーを使用するものです。 | 3 パンツ型 | M・L | | |

*どちらもパット付きです。

*要介護3は重度の認知症の場合です。

| 使 用 者 | 氏名(ふりがな) | 住 所 | 生年月日 | 要介護度 |
|-------|-------------------|------------------|-------------------|--------------|
| | かなざわ たろう 金沢 太郎 | 金沢市 広坂○丁目○番○号 | 大正 昭和 〇〇・〇〇・〇〇 | 要介護 3 4・5 |

| | | | | |
|---------------|--|-----------|------------------|----|
| 家族構成 (同意書) | 紙おむつの給付の認定に必要な税関係情報及び要介護認定状況等を市長が調査することに同意します。 | | | |
| | 続柄 | 扶養 義務者 | 氏名 (署名又は記名押印) | 備考 |
| | (使用者) | | 金沢 太郎 | |
| | (配偶者) | | 金沢 花子 | |
| | (子) | ○ | 金沢 ○○ | |
| | (子の妻) | | 金沢 △△ | |
| | (孫) | | 金沢 ◇◇ | |
| | (孫の妻) | | 金沢 □□ | |

| | | | | |
|--|--------------|-----|----------------|-----|
| ☆事務処理欄(以下は 世帯分離の有無に関わらず、同居の親族全員の氏名をご記入ください。) | | | | |
| 所得状況 | 使用者 | 配偶者 | 同居扶養義務者 | その他 |
| 要介護状態区分 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |
| 要介護3・要介護4・要介護5 | | | III・IV・M | |
| 生活保護受給の有無(有・無) | | | 支援給付受給の有無(有・無) | |
| ねたきり又はおむつが必要になった年月 | | | (年 月) | |
| 支給決定 | 平型・テープ型・パンツ型 | | M・L | 枚 |