

盛岡市在宅ねたきり高齢者等紙おむつ支給申込書

年 月 日

盛岡市長 様

申 請 者 (主たる介護者)

住 所 .....

ふりがな  
氏 名 .....

電話番号 .....

支給対象者との続柄 .....

次のとおり紙おむつの支給を受けたいので申請します。

支給対象者	住 所	〒				
	ふりがな 氏 名	.....				
	生年月日	T · S	年	月	日	( 歳 )
	介護度	要介護 ( 1 · 2 · 3 · 4 · 5 )		要支援 ( 1 · 2 )		※要支援1～要介護3の方は認定調査票の「排泄」又は「排便」の項目において「介助」又は「見守り等」に該当すること。
支 給 希望枚数 (希望する種別に 「○」をつける)		尿取りパッド				枚/月
		フラット型紙おむつ				枚/月
		テープ止めパンツ型紙おむつ Mサイズ				枚/月
		テープ止めパンツ型紙おむつ Lサイズ				枚/月
		パンツ型紙おむつ Mサイズ				枚/月
		パンツ型紙おむつ Lサイズ				枚/月
おむつを常時使用するようになった時期			年 月 頃			
おむつの受取場所(老人福祉センターなど)						
支給対象者は、下記のとおりであることを証明します。						
年 月 日						
ねたきりの状態又は失禁の状態が						
1 6月以上継続している。						
2 今後6月以上継続することが予想される。						
証 明 者		住 所 .....				
		所属(機関)名 .....				
		職 名 .....				
		氏 名 .....				
印						
<small>自署の場合は押印不要</small>						
電 話 番 号 ( ) .....						

※備考 証明は、1にあっては医師、介護支援専門員、地域包括支援センター職員（主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師）等が、2にあっては医師が行うこと。

裏面へ続く

## 同意書

年　　月　　日

盛岡市長　　様

盛岡市在宅ねたきり高齢者等紙おむつ支給事業の支給決定審査に関し、当市が支給対象者及び支給対象者の同居者の課税台帳並びに支給対象者の認定調査票の閲覧を行うことに同意します。

【支給対象者の同居者】※支給対象者の同居者全員の記載が必要です。

	ふり　がな 氏　名	支給対象者 との続柄	生年月日
1		本人	T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日
2			T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日
3			T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日
4			T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日
5			T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日
6			T　・　S　・　H　・　R 年　　月　　日