

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

氏名 ふりがな

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	〒	
	氏名 <small>ふりがな</small>		
	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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 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実施のため、市が支給対象者及び支給対象者の同居者に関する以下の情報を必要に応じて確認することに同意します。

- ・世帯の市県民税課税状況
- ・支給対象者の要介護（要支援）認定における認定調査票
- ・生活保護による保護又は中国残留邦人等に対する支援給付の受給の有無

【支給対象者及び同居者】※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