

坂出市長 殿

住所 坂出市

申請者 氏名 ※

電話 —

対象者との続柄 ()

※署名（氏名を自署）できない場合は、記名押印が必要です。

坂出市在宅ねたきり高齢者・障がい者紙おむつ給付申請書

紙おむつの給付を受けたいので、坂出市在宅ねたきり高齢者・障がい者紙おむつ給付事業実施要綱の規定により、次のとおり申請します。

記

対象者の状況	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日			
	氏名								
	住所	坂出市				電話			
	要介護認定	要介護3・要介護4・要介護5（いつから: 年 月 日）				No.			
	障がいの状況	視・聴・音・肢・内・精 種 級 第 号 / 療育手帳(A・A)							
	本人の状況	1. 一人暮らし		2. 高齢者世帯			3. その他		
		1. ねたきり		2. 認知症			3. 虚 弱		
	主な傷病名								
最近の入院歴	入院先					入院日			
	病名					退院日			
介護者	氏名				男・女	対象者との続柄			
	住所	坂出市				電話			
家庭状況	同居家族	氏名	性別	続柄	生年月日	勤務先等	電話	備考	
緊急時の連絡先	氏名				電話				
申請理由	1. ねたきりになった時期（いつから 年 月 ） 2. おむつの使用時期（いつから 年 月 ） 3. 申請理由（ ）								
紙おむつの種類 (どれか1つに☑ サイズに○)	<input type="checkbox"/> フラット <input type="checkbox"/> 尿とりパッド（男女兼用・ワイド・ロング） <input type="checkbox"/> パンツ（S・M・L・XL） <input type="checkbox"/> テープ（S・M・ML・L）								
民生児童委員 証明欄	上記の者は、ねたきり等の理由により介護の必要な状態であり、紙おむつが必要であることを証明する。 地区民生児童委員								