おむつ

＜記入例＞

窓口に提出する日を記入してください。（翌月からおむつを支給します。）

様式第１号（第４条関係）

令和５　年　３月　１　日

坂出市長　殿

住所　坂出市室町二丁目３－５

申請者　氏名　坂出　はな子　※

電話　44 － 5090

対象者との続柄　（　妻　）

※署名（氏名を自署）できない場合は、記名押印が必要です。

申請者は、家族、介護者です。（一人暮らしで家族、介護者がいない場合のみ、本人申請可）
※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 氏　名	さかいで　たろう 坂出　太郎	生年月日	昭和10　年　4月　1日	
	住　所	坂出市　室町二丁目３－５	電話	44 － 5090	
	要介護認定	要介護3・要介護4・要介護5（いつから：R5　年１月　１日）	No.		
	障がいの状況	視・聴・音・肢・内・精　種　級　第　号 ／ 療育手帳（Ⓐ・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	高血圧、糖尿病、大腿骨骨折			
	最近の入院歴	入院先　坂出市立病院　入院日　R5.2.3 病　名　肺炎　退院日　R5.2.15			
介護者		氏　名　坂出　はな子　対象者との続柄　妻 住　所　坂出市室町二丁目３－５　電話　44 － 5090			
家庭状況	同居家族	氏名 / 続柄 / 生年月日 / 勤務先等 / 電話 / 備考			
		坂出　はな子 / 妻 / S15.10.10 / 無職 / 090-0000-0000 /			
緊急時の連絡先		氏名　介護　由美子（長女）　電話　090-9999-0000			
申請理由		1．ねたきりになった時期（いつから　R2 年　10 月　） 2．おむつの使用時期（いつから　R2 年　10 月　） 3．申請理由（　常時おむつを使用している。　）			
紙おむつの種類（どれか１つに☑ サイズに○）		□フラット　□尿とりパッド（男女兼用・ワイド・ロング・紙パンツ専用） □パンツ（S・M～L・L～LL）　☑テープ（S・Ⓜ・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			

身体障がい者手帳等を持っているかたは必ず記入してください。

入院中（施設入所中）は受け付けできません。退院日（退所日）以降に申請書を提出してください。

別世帯でも、同じ住所地に居住しているかたは記入してください。

１種類選んで、サイズに○をつけてください。

地区の担当民生委員に証明をもらってください。