

坂出市長 殿

住所

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			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				対象者との続柄		
	住所				電話		
家庭状況	同居家族	氏名	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（男女共用・ワイド・ロング・紙パンツ専用） <input type="checkbox"/> パンツ（ S・M・L・LL ） <input type="checkbox"/> テープ（ S・M・L ） R6.4~						
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						