

<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7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 0877-44-5090

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。

坂出市在宅ねたきり高齢者・障害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・障害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	さかいで たらふ		生年月日	昭和10年 4月 1日	
	氏名	坂出 太郎				
本人の状況	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: R6年10月1日)		No.		
主な傷病名	障害の状況	視・聴・音・肢・内・精 種 級 第 号 / 療育手帳( A・A )				
	本人の状況	<input type="checkbox"/> 1. 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 2. 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 3. その他 <input checked="" type="checkbox"/> 1. ねたきり <input type="checkbox"/> 2. 認知症 <input type="checkbox"/> 3. 虚弱				
最近の入院歴	入院先	坂出市立病院		入院日	R7.1.15	
	病名	糖尿病		退院日	R7.2.20	
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	090-0000-0000	
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	S12.9.1			
緊急時の連絡先	氏名	介護 美智子 (長女)		電話	090-1111-1111	
申請理由	1. ねたきりになった時期 (いつから R6年 10月 ) 2. おむつの使用時期 (いつから R6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○)	<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 checked="" type="checkbox"/> テープ ( S・M・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					

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。

身体障害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。

地区の担当民生児童委員に証明をもらってください。