

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			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	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○)	☐ フラット ☐ 尿とりパッド（男女共用・ワイド・ロング・紙パンツ専用） ☐ パンツ（ S ・ M ・ L ・ LL ） ☐ 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						