

(様式第1号)

## 紙おむつ支給の申請書

令和 年 月 日

潟上市社会福祉協議会

会 長 石川 久悦 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との続柄

紙おむつの支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|                                       |   |     |           |
|---------------------------------------|---|-----|-----------|
| 対象者住所                                 |   | 町 内 |           |
| 対象者氏名                                 |   | 性 別 | 男 ・ 女     |
| 生年月日                                  | 大正・昭和・平成  | 年   | 月 日 (満 歳) |
| 電話番号                                  | —   |     |           |
| 対象者の状況                                | <input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者      |     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/> その他 (在宅介護理由 )                                |     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/> 要介護度 3 ・ 4 ・ 5<br>(認定有効期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日) |     |           |
|                                       | <input type="checkbox"/> 特別障害・障害児 (等級 級)                              |     |           |
| <input type="checkbox"/> 紙おむつテープ止めタイプ | ・メーカー   |     |           |
|                                       | ・サイズ  |     |           |
| <input type="checkbox"/> 紙おむつパンツタイプ   | ・メーカー   |     |           |
|                                       | ・サイズ  |     |           |
| <input type="checkbox"/> 尿取りパッド       | ・メーカー   |     |           |
|                                       | ・サイズ  |     |           |

(注) ・必要事項をすべて記入し、あてはまるところに☑をして下さい。

(注) ・申請後の変更はできませんのでご了承ください。

※ 提出者名の記入をお願いします。

民生児童委員

事業所名

氏 名

氏 名