

（宛名）天童市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

### 紙おむつ支給等申請書

紙おむつの支給等を受けたいので、下記により申請します。なお支給等の決定に際して必要があるときは、私又は支給等を受ける者の世帯構成状況及び介護保険料の賦課状況を確認できる書類を閲覧することに同意します。

記

1 支給等を受ける者

被介護保険者番号			
郵便番号	994-	電話番号	( ) -
住所	天童市		
氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
世帯構成状況	単身世帯 ・ その他の世帯（同居者あり）		
在宅・入院（入所）の別	1.在宅 2.入院（入所） （病院又は施設名 _____）		

2 希望する支給等の方法（いずれかを○で囲んでください。）

1. 現物給付	2. 助成券
---------	--------

3. 支給を希望するおむつの種類（現物給付による支給を希望する場合のみ記入）

1 セット数	2 おむつの種類	3 サイズ
<input type="checkbox"/> 1セット→1つ選択 <input type="checkbox"/> 2セット→2つ選択 ※支給を受ける方の介護保険料段階が第6段階から第9段階の方は1セットです。	① フラットタイプ	
	② テープ止めタイプ	→ S・M・L・LL
	③ はけるタイプ	→ S・M・L～LL・3L
	④ 尿取りパット（日中用）	
	⑤ 尿取りパット（夜間用）	
	⑥ 尿取りパットセット（日中用と夜間用）	

※支給を受ける方の介護保険料賦課段階が第10段階以上の方は助成対象となりません。

提出者：申請者・親族（続柄 \_\_\_\_\_）・その他（所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_）

—市記入欄—（ここから下は記入不要です。）

要介護認定状況等	<input type="checkbox"/> 未申請（医師証明書の提出 有・無） <input type="checkbox"/> 申請中（新規・更新・変更） <input type="checkbox"/> 要介護 4・5	介護保険料賦課段階	1～5
	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護度 1・2・3 排尿： 自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助 排便： 自立 ・ 見守り等 ・ 一部介助 ・ 全介助		6～9
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級・2級） <input type="checkbox"/> 療育手帳A（有・無）		10以上 （対象外）
助成又は支給状況等	<input type="checkbox"/> 助成券： 月分から 2,500円・5,000円（送付先 _____） <input type="checkbox"/> 現物給付： 月分から（配達先 _____）		
支給区分	A 任意事業 ・ B 保健福祉		—