様式第１号（第４条関係）

在宅寝たきり高齢者等紙おむつ支給申請書

年　　月　　日

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

　　袋井市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （申請者） | 住所  氏名  対象者との続柄 |  |

　　袋井市在宅寝たきり高齢者等紙おむつ支給事業実施要綱による紙おむつの支給を受けたいので、次のとおり申請します。

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　　電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　）

　　なお、この申請に当たり、紙おむつの支給を受けるために必要な心身の状態及び所得状況について市が調査することに同意します。

支給決定後の品目選定　家族・ケアマネジャー・その他　 電話番号

に関する連絡先　　　　（　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 住所 |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 寝たきりの高齢者又は認知症の高齢者 | ※　該当する□欄にレ点をしてください。  □　申請日において65歳以上である。  □　申請日において３箇月以上在宅で生活している。  □　心身の状態が次のいずれかに該当する。  □１　要介護状態区分が要介護４以上である。（要介護　　　　）  □２　要介護認定調査において「排尿」又は「排便」の項目が「介助」又は「見守り等」に該当すること、又は「ズボン等の着脱」等の項目の特記事項を踏まえて紙おむつの必要性が認められる。  □３　心身の状況が１又は２と同程度と認められる。  □　対象者が市民税非課税である。 | | |
| 重度心身障害者 | 身体障害者手帳　□１級　　□２級  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |